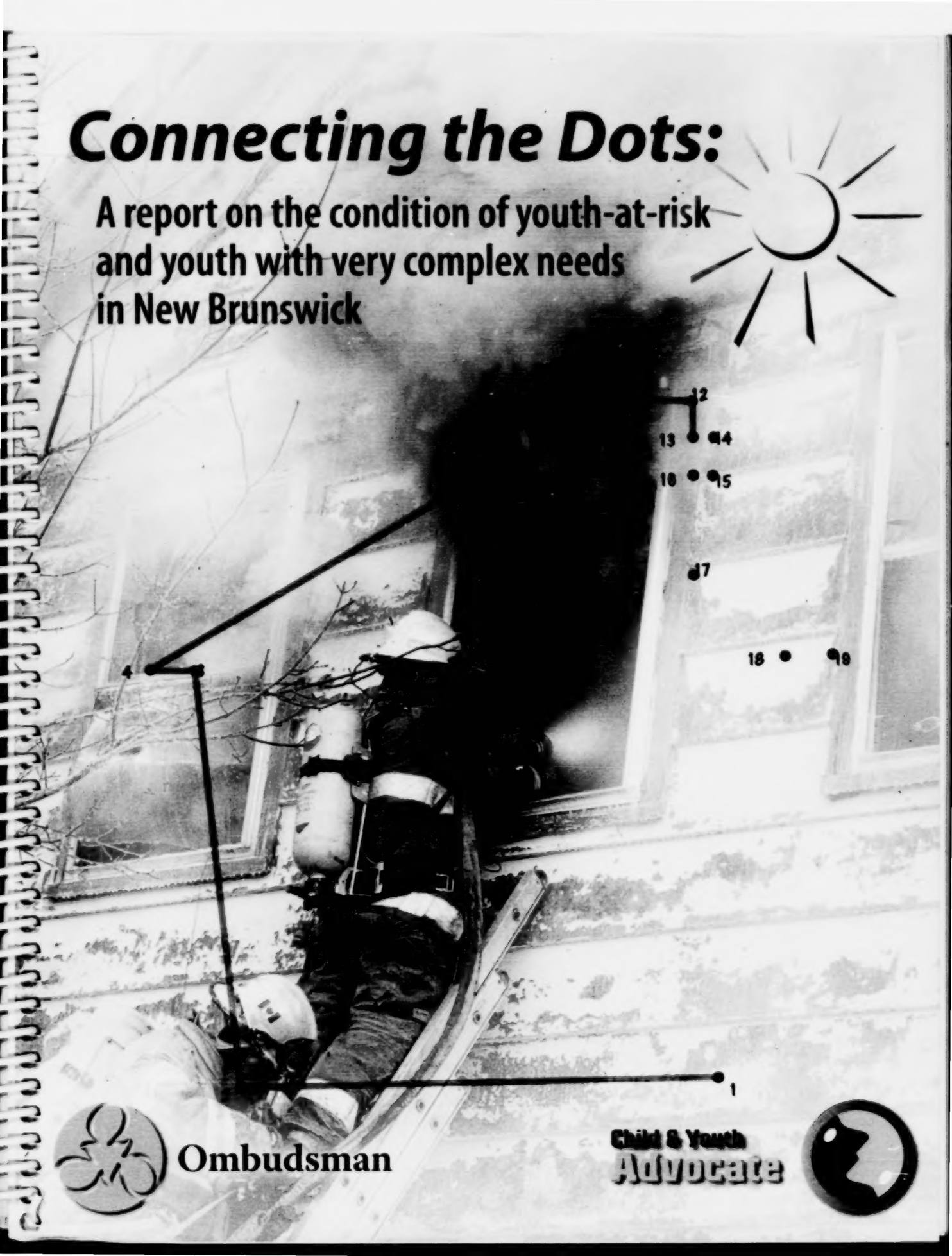
Connecting the Dots:

A report on the condition of youth-at-risk and youth with very complex needs in New Brunswick



Ombudsman

Child & Youth Advocate

"As Child and Youth Advocate, I am reluctant to place any greater emphasis on one of the recommendations in this report over any other. In my view, many of the solutions proposed are critical elements of a plan to move the province forward on its agenda of making sure that children come first. However, as a starting point, it would be timely to draw a line in the sand and say that we are going to stop letting the youth criminal justice system pickup the pieces and be the stop-gap measure or solution to our historic failings in the area of child and youth mental health services. The reason for this priority emphasis is, of course, the magnitude of our error in allowing the current situation to go on for as long as it has. It is not merely a question of devising mental health solutions for mental health patients because, quite honestly, that makes more sense than treating them as criminals. The problem is that, when we make the youth criminal justice system our default solution for children with complex needs, we are deliberately placing young, vulnerable children directly in harm's way. The approach is so fundamentally contrary to Canadian values that the average Canadian would be amazed to learn that it happens as routinely as it does."

Bernard Richard, Connecting the Dots, 2007, p. 49

Investigative Team

Lead Investigator and Legal Counsel
Christian Whalen

Senior Investigator and Social Worker
Francine Cantin

Investigators and researchers
Jessica Albert
Mélanie Allain
Jennifer Daigle
Anne Doyle
François Levert
Caroline Lirette
Luke MacAulay
Jennifer Murray
Carrie Roth

Reviewers
Steve Gilliland
Julian Walker

Cover photo: Early in the winter of 2007, a New Brunswick youth left home and wound up on the street seeking shelter in mid-winter. He found refuge in a vacant home. In March of last year the house was destroyed by a kerosene lamp used for light and heat. Fortunately, no lives were lost.

Connecting the Dots:

A report on the condition of youth-at-risk and youth with very complex needs in New Brunswick

Ombudsman and Child and Youth Advocate Report

Bernard Richard
New Brunswick Ombudsman and Child and Youth Advocate
January, 2008

Connecting the Dots:
A report on the condition of youth-at-risk and youth with very complex needs in New Brunswick

Published by:
Office of the Ombudsman
Province of New Brunswick
P.O. Box 6000
Fredericton, New Brunswick
E3B 5H1
Canada

January 2008

ISBN 978-1-55471-074-4

Printed in New Brunswick

Table of Contents

Page

Executive Summary 1

Overview 3

Jasmine's story 6

Investigation methodology 17

Chapter 1 - Political direction and accountability: *Gabriel's story* 20

Chapter 2 - Service integration: *William's story* 29

Chapter 3 - Community-based residential care: *Jacob's story* 37

Chapter 4 - De-criminalizing youth with mental health disorders: *Nicholas's story* 46

Chapter 5 - Tailoring educational services for youths with complex needs: *Benjamin's story* 60

Chapter 6 - Supporting families of youth-at-risk and children and youths with complex needs: *Samuel's story* 71

Chapter 7 - Closing the gap: age discrimination in youth services 81

Conclusion 86

Appendix I - Table of recommendations 90

Appendix II – Stakeholders consulted 102

Appendix III – Integrated Complex Case Diagram (proposed process) 103

Appendix IV - Bibliographical references 104

Executive Summary

The Ombudsman and Child and Youth Advocate is tabling a report in the Assembly further to his investigation into youth-at-risk and youths with very complex needs. The investigation began in February, 2006, but the Ombudsman was not granted access to records to carry out the investigation until early 2007. The report includes a review of seven individual complaint files relating to youths with very complex needs and makes 48 recommendations to government. The Ombudsman and Child and Youth Advocate is committed to reviewing these recommendations with government in a year's time to measure progress made. The report and recommendations are divided into seven broad areas and themes. All are intended to improve services to children and youth in the Province of New Brunswick.

The first set of recommendations aims at creating conditions for greater political direction and accountability in child welfare. These recommendations are divided into three parts. First, those relating to the Child and Youth Advocate's own oversight function call for: timely access to youth correction and child protection records; a more active presence and accessible advocate to children in group homes and residential care; and more emphasis on regular monitoring by the Advocate of child welfare services. A key recommendation relates to Cabinet direction and oversight. It calls for the appointment of a Minister of Child and Youth Services with a legislative mandate to coordinate and integrate services to children and youths across all government departments. The report also recommends increased vigilance by civil society in relation to child welfare matters.

The second broad theme involves recommendations aimed at service integration. The report recommends that the Minister of Child and Youth Services have the legislated authority to broker disputes among departments and agencies in relation to payment of services and to facilitate information-sharing among public authorities in relation to children and youth receiving services. Operational and legislative steps are recommended to improve the flow of information, and further study is recommended into establishing a joint electronic records management system for children and youth in need. Finally, government is encouraged to establish improved public health information systems to guide families of children in need.

The third set of recommendations relates to the provision of community-based residential care. The report calls for establishment of two centres of excellence in the province. One would be dedicated to research and the provision of services to children with very complex needs, including the establishment of community-based residential capacity for these youths; the second centre of excellence, located in another New Brunswick community, would focus on the broader category of youth-at-risk to develop and pilot community-based interventions for them. The report also recommends stable core funding to youth transition homes and program support to recruit and retain specialized staff in these homes, and to improve wages, training and clinical support to group home and youth transition home staff, with a view towards making the mental health system first-responders in times of crisis rather than involving the public safety system. These recommendations encourage government to renew its efforts to provide child-centric

services and continuity of care so that stable relationships may be developed with youth-at-risk and youth with complex needs. The involvement and leadership of regional health authorities (RHAs) is viewed as critical to the implementation of these initiatives.

The fourth broad theme is central to the entire report and calls for the decriminalization of youth with mental health disorders. It recommends child and adolescent psychiatry services be developed in all RHAs, including the recruitment and retention of specialized psychiatrists and psychologists and other health care professionals, and that the responsibility of RHAs be increased for the post-discharge care of youths with significant mental health disorders. The report recommends more research into the use and benefits of psychotropic drug therapy for children and the implementation of measures to ensure that children in care and youths in custody remain on the medications prescribed by their treating physicians. It also recommends that the New Brunswick Youth Centre increase its efforts to inform youths of their rights and recourses while in custody and that it immediately suspend its practice of shackling and strip-searching youths with mental health disorders when placed in isolation pending further review of all its practices in relation to the use of isolation and transfer protocols for this population.

The report then addresses recommendations in the area of educational services and suggests that the Department of Education make renewed efforts to engage and involve public health services, child welfare services, and public safety officials in multidisciplinary approaches to inclusive education. This could be achieved through increased use and expansion of the Youth Treatment Program, through the establishment of a Special Education Authority for youths with complex needs, through increased provision of educational services in alternate settings to the classroom and development of pilot programs, such as outdoor education, education through the arts, and vocational education programs, as alternatives to the traditional classroom. Finally, it is recommended that the Minister of Child and Youth Services coordinate cross-training efforts for teachers, other classroom employees, mental health employees and child welfare employees as a means of further integrating and coordinating service delivery.

The report next encourages measures to support families of youth-at-risk and children and youths with complex needs. It recommends establishing mobile crisis teams to intervene on an emergency basis in the family home; the development of guidelines to favour and exhaust family-based interventions over residential placement options; improved post-diagnostic supports to families in partnership with community-based stakeholders; an improved attention to continuity of care and life-long care for children with very complex needs; and improved mechanisms to promote family relationships following placement outside the home.

The report closes with a chapter recommending the elimination of discrimination in youth services through amendments to the *Family Services Act* that would remove the gap in services for children aged 16 to 19 years of age.

Overview

We hold few things in life more dear than our children. Our lives are consumed with efforts to make a good home and provide our children with every opportunity in life. As a society, we value our investments in children and youth. New Brunswick was among the first jurisdictions in the world to create a ministry for families. Our laws and our political discourse are replete with references to the best interests of the child, to accessible education for all, to the need to provide a loving family home for every child, to improve investments in early childhood services.

Given the rhetoric and the principled commitment to children and youth, one would hope to find, in the field, near universal affirmation of these goals, and service delivery solutions for every case of a child in need. But let's take off the rose-coloured glasses for a moment.

In my tenure as Ombudsman and in the past year as Child and Youth Advocate in this province, one of my constant priorities has been to improve the level of services to children and youth. In my first report into a systemic investigation as Child and Youth Advocate, I wanted to focus squarely on the areas of greatest need. Complaints to my office revealed these to be: 1) the gap in services generally for New Brunswick youth, particularly those aged between 16 and 19 years; and 2) the lack of services and coordination of efforts to meet the needs of children and youths with highly complex needs.

One of our former prime ministers, Pierre Elliott Trudeau, reminded us often that the true measure of any democracy is the manner in which the majority treats its discrete minorities. Among the voiceless and the faceless in our midst are the children and youths whose stories are told in the vignettes of this report. This province simply cannot afford to rest upon the laurels or success of its adoption services program, or to boast about its leadership in the area of mainstreaming and inclusive education. This report is all too full of accounts of children left behind. They are forgotten because of their age. They are forgotten because of their level of ability. They are marginalized because of their behavioural and mental health problems. They are often abandoned because they are so very hard to love.

However, on most days, their humanity and their vulnerability can level the strongest amongst us.

If our goal as a society is to become truly self-reliant, then we cannot afford to race ahead without ensuring that we are all in the race together. Any measure of self-sufficiency as a society must take into account how well the State levels the playing field and provides the basic necessities and equal opportunities to those in greatest need. My investigation into the complaints from parents analyzed below has convinced me of how far we have yet to go on the equal opportunity agenda. As we build from this foundation and reach beyond, towards self-sufficiency, we cannot afford to make gains on one front at the expense of the other.

In my opinion, the challenges facing New Brunswick youth generally at this time, and children and youths with complex needs, in particular, are so demanding that I have taken the unprecedented step of calling on all members of the Legislative Assembly to work together towards implementation of the recommendations herein, by tabling this report in the Assembly. The *Ombudsman Act*, and recent amendments to the *Child and Youth Advocate Act*, allow that, for certain recommendations that have escaped government's urgent attention for too long, the Ombudsman may table his report and recommendations in the Assembly. Generally, this process is the Ombudsman's ultimate sanction, and to my knowledge none of my predecessors in this office has ever taken this last step in the Ombudsman process. These recommendations, however, are far-reaching and would take some time to implement. The report, in my view, deserves a high degree of attention and the cooperation and involvement of our elected officials on all sides of the House. I have therefore decided to table this special report in the Assembly with a view towards revisiting each of the recommendations with government in a year's time.

Throughout this lengthy investigation, I, and members of my staff involved in this effort, have been struck by both the courage and the despair of the parents of children and youths with complex needs who have sought help from this office. As an Advocate and Ombudsman, I have only a power of recommendation. To underscore the recommendations made in this report, I felt I could do no better than to give voice to the parents and youths whose stories have resonated so deeply with me.

The bulk of this report is therefore a graphic account of the challenges and of the lack of services and lack of coordination of efforts encountered by the youths and parents who have complained to me. In material respects, these vignettes are the stories of the youths themselves, as recounted by their parents and loved ones. My investigators have heard these accounts and measured them against the voluminous records disclosed by departments and agencies of government to test their veracity, but the stories remain those of the parents themselves and the impressions government's efforts have left with them. I struggled at length before deciding to change all the names of youths portrayed in the report to fictitious names that would protect their identity. I wondered whether it was more respectful of the human dignity of each young person and family involved to recognize them by name and bear witness to their story more publicly, or to shield their identity. In the end, I have decided to leave that choice to the youths and parents themselves, recognizing that, for the sake of this report, which will remain a public record, their privacy is perhaps best guarded through the use of aliases throughout the text.

The vignettes of these young persons are arranged so as to illustrate the various chapters of the report. Each chapter is introduced by one youth profile and the recommendations for reform under that particular theme follow. The recommendations for reform are grouped according to the following main themes of the report: increased political direction and accountability; integration of services; improved offer of residential care services; de-criminalization of conduct by youths with mental health disorders; the provision of tailor-made educational services for youths with complex needs; and support

for families of youth-at-risk and youths with complex needs. I close with a chapter focusing on the gap in services for children aged 16 to 19 years of age.

I begin with a review of the methodology of our inquiry and comment upon the procedural difficulties we encountered as, I believe, these bear mentioning. I then relate the stories of Gabriel, William, Jacob, Nicholas, Benjamin and Samuel to the six key areas of recommendations brought forward. Finally, I conclude with a summary of recommendations. However, in order to situate the reader, I begin with the story that began my investigation--Jasmine's story.

Born the most wonderful day of her life
Even the church bells couldn't stifle Radegonde's first scream.
Ouuaaahh!
And the bells answered: Et Verbum Caro Factum est.
...
The bells pealed. Radi pealed out louder, each in a fight to bury the other. Then on all sides it was couchi-couchi and tickles under her chin, look you could swear she understood! She didn't scream in fear, she rang out with the bells, all fists and feet, to proclaim herself to the world, in broad daylight.
The most wonderful day of her life.

Extract of an unpublished text of Antonine Maillet,
Printed in limited edition, April 23, 1990
Papeterie Saint-Gilles, Charlevoix, Quebec[1]

Jasmine's Story

Jasmine's mother, like all the parents mentioned in this report, sought the help of the Ombudsman's office after having knocked on every door she could. My investigators met with her more than once, and each time her account of Jasmine's story was detailed, accurate and complete. She has recounted it often. Students of social work and clinical psychology often marvel at caregivers who can give such textbook accounts of their charge's social or medical history. Unfortunately, if the story is so well-rehearsed, it is only a testament to the unsuccessful attempts of every system - educational, medical, social, legal and penal - to respond to Jasmine's needs.

Inevitably, this mother's story began with her pregnancy and the birthing process. The stories of the families related here have, in common with so many of our individual stories, a happy beginning of hope and expectancy. In some cases, those happy days are short and few, as a spiral of illness, isolation, taunting, abuse, problems in school and problems with the law engulfs the family circle, as can sometimes happen with oppositional-defiant, or some autistic children. In other cases, mental health problems don't surface or become overwhelming until mid- or late-adolescence, and childhood passes blithely by, as can happen with schizophrenia or milder forms of Asperger's

---

[1] Translation from original French text: *Née le plus beau jour de sa vie*
Même l'angélus n'a pas réussi à étouffer le premier cri de Radegonde.
Ouàààà ! Et la cloche a répondu : Et Verbum caro factum est.
...
La cloche hurle. Radi hurle, c'est à qui enterrera l'autre. Puis de tous côtés c'est des guidi-guidi et des chatouilles sous le menton, regardez on jurerait qu'elle comprend ! Elle n'a pas crié de peur, elle a sonné avec les cloches, des pieds et des poings, et s'est annoncée elle-même en plein midi.
Le plus beau jour de sa vie.

Syndrome. From the parent's perspective, however, the sense of loss and grieving in watching one's child battle mental health problems is painful and enduring; it matters little when it began.

Jasmine is diagnosed with chronic schizophrenia. Typically, one might expect that Jasmine's mental health problems would not have surfaced until she was much older, but her story is exceptional in that respect and this may help explain why the early interventions were so ineffectual and why her case remains so troubling.

Jasmine's infancy was like that of most children. She was born naturally, with no complications, and she appeared to develop normally, walking and talking at the appropriate stages. But, around the age of two or three, her mother noticed that she had become a nervous child. A single parent, her mother found that Jasmine needed someone around constantly and had difficulty entertaining herself. She slept a lot. Still, at the ages of four and five, she was quite sociable and seemed to adjust to kindergarten. But, upon reaching Grade One, she became more withdrawn.

At seven years old, her grandmother died. As a young child, she had lived for several weeks with the grandmother and become quite attached to her. Jasmine's mother had difficulty explaining the death to the child, and she became more withdrawn. She began having trouble relating to her peers. Even her interactions with younger children, whom she frequently chose as companions, were very upsetting to her. It was not unusual for her to be sent home crying after playing with younger children. She had many crying episodes, often without apparent triggers.

Between the ages of seven and nine, Jasmine had trouble concentrating; she was disorganized and often somnolent. No medical reason could be found for her aches and pains. Gradually, she became more aggressive and oppositional. She took up to four hours to do her homework. In general, she had turned from a happy, compliant child into an angry and defiant one, although the defiant behavior appeared to be confined to her home; she was not yet displaying this behavior at school.

Problems began outside the home when Jasmine was in Grade Six (at the age of 11 or 12). She was being bullied at school because she was different. Switched to another school, she was bullied there, too. Other children played tricks on her, and she began resisting going to school. Grade Six would be Jasmine's last year in the regular educational system.

Her behaviour at home got worse, too. She collected garbage and kept it in her room. Jasmine imagined herself as a child cop patrolling the neighborhood. She appeared anxious around other children, did not socialize with them, and became jealous if her mother paid attention to the others. Discipline became harder because Jasmine would hit, kick and bite. Taking a time-out was the only thing that would calm Jasmine and her parents "child-proofed" her room so that she could be sent there. The child would not eat and believed she was being poisoned. She said her food tasted like urine or alcohol.

In February 2000, when Jasmine was eleven years old, her mother called Mental Health Services and was put on a waiting list. Her case would not be assigned to a worker until May 2001[2].

During this time, her mother or step-father sometimes found Jasmine hiding, and when they did, she stared through them. Others noticed this behaviour, too. Jasmine also began having problems at school.

One day, her mother caught Jasmine trying to jump out a third-story window and immediately called mental health services. They promised to return her call. According to Mental Health Services, they tried to call the mother back over the next couple of days but were unable to reach her. At school, she became defiant and angry. A resource teacher suggested she should be taken to a psychologist. Meanwhile, her mother called mental health services daily, seeking help. She wondered: when does a child with behavioral problems like Jasmine's become a priority?

In May, 2001, her mother took her to a psychologist. (She did this at her own expense, as she did not have insurance.) Jasmine resisted returning to the psychologist, but, at the mother's insistence, the consultations continued for four or five sessions. The therapist recommended Jasmine be assessed in hospital. It was suggested she bring her to the emergency room next time there was a crisis. (Her mother said she would have pursued this option much sooner had she known it existed.)

Jasmine, at 12 years of age, was getting progressively worse. Unable to sleep and starting to display compulsive behavior, she would stay up all night cleaning. This went on for several weeks. On weekends, she was taken to her grandfather's home so that her mother could sleep.

Jasmine was taken to the hospital following an incident when she went missing from school and was subsequently found in the bathroom. She continued to exhibit difficult behavior in the school yard and the school recommended that her step-father take her to the hospital.

During her assessment in hospital, Jasmine told the staff she was being abused at home. Jasmine's mother was informed of these allegations, and as per protocol, the case was referred to the Department of Family and Community Services (FCS).

An investigation concluded that the allegations were unsubstantiated. The psychiatrist, feeling the parents were overwhelmed with the challenges presented by their daughters' condition recommended child protection remain involved, in order to help the parents. It

---

[2] According to records from Mental Health Services, the mother called for the first time in February 2000. Jasmine was placed on a waiting list. In January 2001, the mother called again and was told that things were not going well in the delivery of service and that it was not possible at that time to assign a worker. In May 2001, the mother called again. The priority for intervention was reassessed. Later in May a worker is assigned. Shortly after, the mother leaves a voice mail message for the worker. The worker calls the mother back the same day and leaves a voice mail message. In June 2001, the mother finally gets a hold of the worker and relates that her daughter was admitted to the hospital

was becoming increasingly evident to the parents that Jasmine's behavior was related to a mental health problem. During this stay in the hospital, Jasmine was diagnosed with "psychosis disorder with pronounced paranoia".

A psychologist involved in the care of Jasmine recommended a placement outside the family, because of Jasmine's deterioration in her condition. The parents however, wanted to learn about Jasmine's illness and how to deal with the presenting behaviors. Jasmine was discharged home.

Jasmine's behaviour became increasingly erratic. Concerned for the child's security and that of others, her mother followed her wherever she went. Convinced that at least Jasmine was not suicidal, because she would stop when things hurt, her mother took to sitting outside when Jasmine was in an angry fit. This was so the neighbours wouldn't suspect her of abusing her daughter. (The police had already been called because of the commotion created in the home when Jasmine was in crisis). Her mother describes situation where Jasmine would fly into a state of rage where she would punch, kick and swear at her mother. The girl's delusions became more fantastical—she claimed bugs were in her, that her skin was a coat, that her mother kept the body of a dead boy in the closet. She also claimed she was hearing voices and hallucinating.

The mother called the psychiatric ward the day after Jasmine's discharge and had her re-admitted to the child and adolescent psychiatric unit. Placed in seclusion for observation, she was very aggressive and paranoid. Several drugs were tried in an attempt to manage her behavior.

In August, 2001, her psychiatrist said Jasmine was one of the most complex cases he had seen. He recommended placing her in a therapeutic foster home or in a group home. Two psychiatrists assessed Jasmine, and both recommended placing her in a structured group home. By this time, a referral to the local Mental Health clinic had been made by the hospital, and Jasmine's case was removed from the waiting list and Mental Health professionals became involved.

In September, 2001, her mother took Jasmine to a psychiatric unit out of the province for a second opinion. She was placed on an open unit and, after a three-month stay; her diagnosis was Psychosis NOS (Not Otherwise Specified). Discharged in November, Jasmine returned home, and her erratic behavior resumed. She was prescribed Seroquil and Paxil, but did not take it readily or regularly. She believed she was being poisoned.

In late November, 2001, her mother asked FCS to come and get Jasmine. She was placed in a group home in the Moncton region. Hallucinations and other symptoms noted during her stay out-of-province were less, but she continued to have trouble functioning in a community environment.

The group home placement provided a strict and structured environment, but Jasmine's condition required more specialized care. Still, she stayed for 12 months even though the home was an emergency crisis home, designed for a short term stay. During this time,

Jasmine was charged with many criminal offences such as assaults, property damage, breach of conditions and breach of probation. She was back and forth from the group home, to court and remanded to the New Brunswick Youth Centre (NBYC), the provincial youth correctional facility in Miramichi on several occasions.

In November, 2002, Jasmine, aged 13, was again released to her mother's care. An altercation arose, and she pushed her mother down a set of stairs. The police was called for help. They said they could not intervene unless the mother pressed charges. Since all else had failed, (the group home placement had failed, and the hospital would not take her back) and the mother felt she could no longer provide a safe home for her daughter, she decided to proceed in the hope that police intervention would lead to a new source of help for her daughter. Jasmine was charged with assault, property damage, and resisting arrest and was remanded to the NBYC, pending trial. In preparation for the trial, her mother was asked to complete a victim impact statement. Recalling this moment five years later, the mother said, through tears, that she was still offended by this request. Didn't anyone understand that the true victim in this tragedy was Jasmine and not her mother? Wouldn't anything be done to help her daughter?

In March 2003, Jasmine pleaded guilty to all charges and was sentenced to six months detention at the NBYC in Miramichi.

During her stay at NBYC, Jasmine was sent on a few occasions to Therapeutic Quiet (TQ). TQ is the acronym for NBYC's isolation/segregation unit. Residents at the New Brunswick Youth Centre are sent there when their disruptive behavior requires it. On one occasion when a group of youth was playing basketball in the gymnasium, a conflict erupted between Jasmine and another youth. Such a situation is not out of context especially not within a centre such as the NBYC. But this conflict landed her in TQ.

There is a protocol at NBYC for transferring residents from their unit to TQ, which is in a separate cottage. Following the basketball incident, two custodians arrived to escort Jasmine to TQ. The guards wore riot gear with vests, helmets, and visors. Their role was to support the supervisor. In addition, for this transfer to a unit a few hundred yards away, Jasmine was handcuffed and shackled. She resisted verbally and physically before complying. At the TQ unit, she was strip-searched before being placed in isolation. According to the correctional centre's protocol, the entire process must be video-taped. Although the camera angle was focused only on the female custodian performing Jasmine's search, the audio feed captures all of the young girl's protestations and offers a very disturbing account of the indignity suffered.

I have viewed the recordings. I have grave reservations about the need to treat any child in this manner. Treating a child with serious mental health problems like this seems to me wholly indefensible. That Jasmine should have been subjected to this treatment for the alleged misconduct on the basketball court is simply baffling. Adequate descriptions of the serious concerns that arise from viewing the video are hard to find. Essentially, however, the serious issue to be determined is whether this is a cruel and unusual punishment. Certainly, to the uninitiated it appears that it is.

At the end of July, 2003, while serving time at the Miramichi Youth Correctional Centre, Jasmine was charged with uttering threats to a correctional officer. She pleaded not guilty. A trial date was set for October.

Pending her release from closed custody (her review in Youth Court was scheduled for August 6), FCS obtained a custody agreement from the mother and stepfather that placed Jasmine under ministerial care for six months. It was voiced by the Department that they felt they could not provide a secure specialized placement to meet this child's needs, at least, nothing better than what the parents could do in their own home. However the temporary care agreement placed a certain onus on them to provide service for Jasmine. They eventually identified a foster home willing to accept her. Visits by the foster home parents to the Miramichi facility and a weekend visit by Jasmine to the foster home were arranged. But Jasmine's deteriorating condition of distorted perceptions, delusions, paranoid tendencies and her refusal to comply with her medication regime caused the foster parents to withdraw.

At the August 6 Youth Court Review, FCS advised the judge they did not have a placement for Jasmine. According to FCS casenotes, the mother stood up in Court and said that if there was no place for her daughter to go to except NBYC, she would take her home. The judge reminded her that the Minister had a 6 month custody agreement and was therefore legally responsible for her daughter's care. August 27 was set for the next review.

From this period on, Jasmine's condition deteriorated quickly. She began to wet herself and spread her feces all over her room, bathroom and shower, and would refuse to clean herself up. She would curse at others and talk to herself. Not being able to leave her with the other youth population in these conditions, she was placed in segregation. NBYC, understanding this youth was a young offender, were recommending she be hospitalized as her needs were beyond their capacities to help this girl.

On August 13 a case conference was held with the many professionals involved. Her treating psychiatrist while at NBYC indicated that he thought Jasmine showed signs of early childhood schizophrenia. Her previous psychiatrist indicated he now believed his young patient was 'fabricating her symptoms, delusions and hallucinations'. He further stated that NBYC should administer her medication even though she did not want to take them. The representative from NBYC responded that their protocol prevented them from forcing youth to take medication. Hospital staff in a hospital setting however could.

Notes reflect a tense relationship between FCS and Jasmine's mother. At this point, the latter is pressuring the department to come up with a placement for Jasmine. On the other hand, the department is holding against the mother the fact she is sending mixed messages to Jasmine: wanting to take her home, and wanting her placed because of the challenges she presented.

On August 26, the day before the case was due back in Youth Court, the psychiatrist treating Jasmine at NBYC informs her social worker that he believes her diagnosis is

clearly one of schizophrenia, and recommends she be admitted to CAPU against her wishes. He also states he knows there was no vacant bed at CAPU at the time.

At Youth Court the next day, a report from her psychiatrist is presented. He indicated that she "would be at 'immense' risk for herself or others if not given proper treatment." Her previous psychiatrist indicated that with proper services, Jasmine could be cared for at home. Finally, the judge ordered a 30 day assessment at CAPU. Shortly after the court appearance, professionals involved in the case received a telephone call from court officials saying the judge was reconvening everyone, as CAPU was refusing admission, despite the court order. Notes show that the judge considered sending her to the Restigouche Hospital Center; however others said this was ill advised. At Restigouche, she would be placed with adults dealing with severe mental illnesses. The judge called CAPU from his chamber to complain about their refusal to admit. Jasmine was returned to NBYC. Later on that afternoon, Jasmine's social worker received a call from the judge's office advising that the youth's psychiatrist from CAPU was making arrangements for admission. The judge would apparently request psychiatrists, the one from NBYC and the one from CAPU to appear in his court on September 3 to 'explain their report and to give recommendations.' On September 2nd Jasmine was brought from NBYC to CAPU for admission.

On the morning of September 3, the judge ordered Jasmine to remain at CAPU. If she were to be discharged before September 23, she should go back to NBYC to finish her sentence. Beyond September 23, the judge said FCS was responsible for providing a 'therapeutic placement'.

While Jasmine remained at CAPU a request from FCS was made to her psychologist at Mental Health services asking for assistance in providing Jasmine with help around specific issues. The note on file reads as follows: " ...psychologist at Mental Health Clinic in Moncton ....explains that the Minister of Health and Wellness could not provide any support service in order to help Jasmine with community reintegration, initialization of a school system, understanding and coping with her illness, etc." The reason given was that no funds were available for such things.

During this period, the social worker from FCS advocated strongly for Jasmine to return to school to complete her education. Because she was now 14 yrs old, she could no longer remain in middle school, although she was academically at a middle school level. Unfortunately, she never completed her schooling. Jasmine was discharged from the hospital on November 19. Since no alternative residential or therapeutic placement had been found, she returned to the crisis unit.

A few weeks later, Jasmine was returned to CAPU, where she remained for approximately six months. Although the crisis unit was deemed an inappropriate placement, it was deemed more appropriate than a hospital placement. Therefore, Jasmine would return to the crisis unit every time she was discharged from the hospital. During this period, notes indicate that FCS was investigating the possibility of two residential programs in the United States. These placements never materialized.

In March 2004, documentation shows the struggles between FCS and Mental Health in coming up with a permanent long term placement for Jasmine. Since this youth was dealing with a mental health issue, FCS was saying Mental Health should be finding the placement and paying for it. Since the issue was finding a residential placement, Mental Health was saying it was up to FCS to find the placement, and pay for it. Case notes show how at one point one psychiatrist got upset during a case conference about the fact that no placement could be found or created for this young girl. A representative from Mental Health replied that he "...knows the Mental Health Act states they are responsible for community placement for a child due to psychiatric issues. However his department does not have the funds." Other professionals in the meeting stressed the fact that departments had to work together to resolve this issue. The meeting was adjourned without a plan. In the meantime, Jasmine remained 'in limbo'. During this period, she received 16 sessions of electroconvulsive therapy (ECT) or shock therapy, in order to help stabilize her condition.

In August 2004, at the age of fourteen and a half, Jasmine was placed in a foster home. A lot of information was shared about Jasmine's situation with the foster parents. Soon into the placement, Jasmine started refusing taking her medication. The foster family was told to call the police if they needed any help. On September 9, the foster mother called FCS. Jasmine's worker was out so another worker took the call. The foster mother indicated that she had just called the police because Jasmine was out of control and breaking everything. She wanted the social worker to meet her at the emergency room where she would request she be brought. After consultation with her supervisor the social worker advised the foster mother she thought her plan was good, and that if she had any more trouble to call the emergency after-hours social worker, or the regular social worker upon his return from training.

Jasmine was sent back to the NBYC. A few days later she appeared in front of a judge and was ordered to go to CAPU for a 30 day assessment on her capacity to stand trial. During her stay, staff from the hospital indicated that their service was for short term assessments and treatment, and would not support recommended or court ordered future hospitalization of Jasmine on their unit. Creating a placement specifically for Jasmine was deemed to be too expensive therefore not feasible. A report was submitted to the court indicating that Jasmine was deemed Not Criminally Responsible (NCR) and unfit to stand trial. She was remanded to the hospital pending a review board hearing.

Jasmine's behavior stabilized while at CAPU. Following the review board hearing in July, 2005, Jasmine was released to the group home. It was decided she was not a danger to herself or to society and that she should be cared for in her community. The review board ordered the Department of Family and Community Services to provide Jasmine with an appropriate residential placement in her community. However, Jasmine was turning 16 that fall, and under the *Family Services Act* FCS was no longer obligated to keep her as a child protection case. The department viewed Jasmine's problem as a mental health case and found that the review board had erred in directing its order to FCS when, in fact, mental health services should be providing for Jasmine's care. Eventually

both FCS and Mental Health refused to comply with the order, and Jasmine remained at the group home.

In October 2005, Jasmine was back in court on further charges. She was remanded to the Restigouche Hospital Center in Campbellton, where she would undergo an assessment to determine if she was fit to stand trial. She was released back to the crisis unit until the Review Board reconvened on her case.

It was about this time that Jasmine's mother contacted my office. We began an investigation and tried to assist government departments in finding an adequate placement for Jasmine.

It was convenient for Jasmine to be at the crisis unit during Christmas time so that she could be close to her family for the holidays. One evening in January 2006, Jasmine protested when she was called to supper. She dallied and arrived after the others had eaten. She became upset and ran out of the house and down the street. It was a cold January night, and she wore no shoes. Police picked her up, took her to the hospital, and the next day she was returned to the RHC in Campbelton.

In late January, 2006, five members of my staff visited the Restigouche hospital and toured the facility. They met Jasmine, her psychiatrist, her mother, and her grandfather and observed a further hearing before the Review Board. The Board was considering its interim placement order, Jasmine's breach of conditions and her eligibility for discharge.

Hearings of the review board are conducted under Section 672.38 of the *Criminal Code* in cases where the accused has been found not mentally competent to stand trial. It is the task of the review board to review annually, until the date of absolute discharge, whether the accused is "a significant threat to the safety of the public". The review board may discharge the accused absolutely, or subject to conditions, or it may order the person be detained in hospital until he or she is no longer considered a public safety threat.

A lawyer appointed as deputy chairperson presided over the hearing in January, 2006. The board consists of a chairperson, a practicing psychiatrist, and a practicing psychologist in the province. Crown counsel is present to defend the public interest in public safety, and duty counsel is provided to the accused. Jasmine was present, as were her mother and grandfather, her psychiatrist, and a social worker representing the Department of Family and Community Services. Three nurses and orderlies and the members of my staff were also present.

As he had indicated to my investigators before the hearing, Jasmine's psychiatrist told the board that she would benefit from a community placement where she could be close to her family but living in a supervised environment that was safe for her. He was asked several times if she was a threat to public safety. He said only that she could harm herself if she was not appropriately supervised. Many questions were asked about Jasmine's medical condition. The social worker and Jasmine's mother also spoke. Then the board suggested it would break for lunch and deliberate. Jasmine now asked to speak. It was

surprising to hear this person, the object of such intense public scrutiny, speak so well about her wish to be kept in a place where she would be safe. She revealed an understanding of her breach of conditions and the risk at which she had placed herself. She said she would be more careful in the future about looking after herself.

The board decided that Jasmine was a threat to herself and therefore to public safety. It refused to discharge her, even with conditions. The board chair remonstrated with Jasmine about her lengthy young offender record and admonished her to steer clear of the path she was on by respecting the conditions placed upon her. Whether this admonishment or any aspect of the review board process was beneficial for Jasmine, or in her best interests, or appropriate in any way, is difficult to determine. What is certain is that the youth criminal justice process had been engaged, earlier attempts to find a rational solution based upon an appropriate residential placement had failed, and the case still had to be addressed. In the end, the problem was that there was no safer place to send Jasmine, even though everyone recognized that the provincial psychiatric hospital was not an appropriate placement and ran the risk of increasing Jasmine's reliance upon institutional care.

Part of the difficulty with the placement at RHC is its distance from home and loved ones. Jasmine's mother traveled to Campbelton every weekend to visit her after she was placed there. As this became too taxing on the mother's own health, she modified her schedule to travel every other week and made arrangements with Jasmine's grandfather to do the same so that, as much as possible, her daughter would have some family contact on a weekly basis.

In October, 2006, Jasmine's biological father, who had not been in her life for many years, requested permission to visit his daughter. He persuaded her that he was working with FCS to have her released from the hospital to go live with him. After a few visits in Campbellton, and a weekend visit to his home, he was unable to cope with her, and she has had no further contact with him. According to her mother, this ordeal seriously hampered and interrupted Jasmine's course of treatment.

It was following Jasmine's review board hearing that I decided to broaden my investigation and look at the systemic problems of meeting the needs of, and providing equal opportunities to, children and youth like Jasmine. A number of parents with equally challenging children had sought my assistance, and rather than investigate each case individually, I thought it would be more appropriate to join them together in a systemic investigation.

At the time of writing this report, efforts to find a placement for this young woman have faltered again and after three months in a group home setting she is back in Restigouche. This most recent attempt to devise a placement specifically for Jasmine was orchestrated unilaterally by Family and Community Services as Mental Health services' position is that the responsibility for residential placements lies with FCS. Although staff involved in caring for Jasmine in her new placement agree that she made some progress in her three months there, the threat of potential physical assaults against them (although there

were none) when Jasmine became aggressive made them decide it was best if the placement ended. The mental health team involved with her decided they could not help her and recommended she be sent back to the Restigouche hospital Center. She was charged with a breach of her review board conditions and sent back to the RHC where apparently, she feels more secure. There is, as yet, no plan in place specifically to address Jasmine's educational needs, and she continues to be monitored by the review board because she received a conditional release from RHC, not an absolute discharge. As Child and Youth Advocate, I am discouraged by the repeated failure of our public safety, health, education and child welfare systems to meet Jasmine's needs. I am alarmed by the fact that the best way we cold help Jasmine through the years has been by placing her in psychiatric institutions. It appears she has become "institutionalized" to the point where she feels most secure and comfortable in a psychiatric hospital setting. I believe we can do a better job of connecting the dots in Jasmine's treatment plan.

It is extremely disturbing to read throughout Jasmine's file how, despite efforts on each side, two of the biggest government departments in this province could not agree on the sharing of responsibility and cost in this complex case. This inability paralyzed the process at certain critical times in the planning for this young girl's treatment. Each department camped on their respective mandates and eligibility criteria leaving this child and her mother without much needed services. I agree that mandates are necessary and useful. However when they are used in a rigid manner, they serve no one, not even the government. If government departments cannot work together on cases like these, then new means must be forced to force them to do so.

* * *

Jasmine's case was not necessarily more complex or disturbing than the others, but it was, and remains, disturbing enough to warrant a serious second look. It is only guesswork to suggest what Jasmine's expectations from life may have been had she received early and more successful interventions. Looking forward, it is still difficult to provide adequately for her care and to predict what quality of life she may enjoy as an adult.

Jasmine turned 18 last Fall. Looking back, it is clear that many things with respect to government interventions in her life should have been done differently.

- Mental health services should have been available to her from a much younger age, had adequate outreach and education programs been effective.
- The lengthy stay in the group home crisis unit and the extended stay in the Moncton hospital's child and adolescent psychiatric unit were not appropriate because these facilities are observation units and crisis and should not be used as a residential option.
- The extended placement at NBYC was also inappropriate because the alleged crimes which led to Jasmine's involvement with the youth criminal justice system, and the infractions at NBYC which resulted in her staying there longer than her original sentence, are not truly criminal in nature, given her condition

and the particulars of the alleged offences themselves. Better ways of dealing with the inappropriate conduct of youths with mental illnesses must be devised. Her mother was right to say that Jasmine was a victim, not a criminal.

- As I have indicated, the handcuffing, shackling, strip-searching and placement in isolation are not appropriate interventions for a child in Jasmine's condition.
- NBYC's inability to keep Jasmine on the course of medication recommended by its own visiting psychiatrist further underscores the inappropriateness of her placement there.
- It was also inappropriate to lock her, or a child like her, away in a hospital for the criminally insane because she bolted out the door barefoot in winter.
- The Department of Family and Community Services' refusal to act on the review board order and create an appropriate residential placement for Jasmine close to her home was inappropriate, and the mental health division's inaction in this context was equally blameworthy.
- More care should have been taken before attempting to re-unite Jasmine with her estranged biological parent.
- The review board's conclusion that Jasmine was a danger to herself and to public safety was in my view unwarranted, as was the public castigation of Jasmine's conduct by the review board chairman.
- The continued custody of Jasmine at Restigouche Provincial Hospital, contrary to her psychiatrist's recommendations, is detrimental to her because she is now quite dependent on institutional care.
- Finally, throughout the past six years, Jasmine's educational needs have been completely forgotten and disregarded, and she has been hampered for many more years by a lack of psychological counseling and follow-up.

As I have stated earlier, Jasmine's case was complicated by the lack of a compelling psychiatric diagnosis, or any diagnosis, early on. But this does little to excuse the many failings of every system of public service along the way.

I am convinced that we can do better. For our sake and Jasmine's, we must.

Investigative methodology

This investigation was initiated as one of the first systemic investigations undertaken by the Ombudsman's Office since I undertook this mandate. It was meant to be resource-intensive, exhaustive, consultative and timely. A snapshot that would get at the structural causes of the several complaints, like Jasmine's that we were receiving.

The investigation was initiated through notification letters forwarded in late February, 2006, to the deputy ministers of Education, Health, Public Safety, and Family and Community Services. Detailed disclosure of departmental information and personal information related to six individual files of youths with complex needs was sought from each department. Three investigators and two support staff from my office were originally assigned to the investigation, and the office's legal counsel, Christian Whalen,

was assigned as lead investigator. Following my appointment as Child and Youth Advocate, Francine Cantin was recruited and added to the team as a senior investigator and social worker.

The notification letter, however, was greeted with stony silence. I was informed that the search for the information requested would take time. Ultimately, the disclosure of documents obtained revealed that an interdepartmental committee had been struck to coordinate the response of departments to the investigation, and there was some discussion among officials as to whether departments should cooperate fully, regardless of what recommendations might follow, or whether more political direction was required before responding. In the end, I was informed that much of the information sought would have to be withheld because of various confidentiality provisions.

The greatest reluctance in terms of transparency seemed to come from FCS. I requested a meeting with the deputy minister, and I explained that, in my view, under the *Ombudsman Act*, the department was required to disclose the records sought. The deputy minister informed me that the attorney-general's office had advised him otherwise. I offered to put the matter to a judge for clarification. The deputy agreed and promised his department's full cooperation should the judge order such. The next day, I filed, in court, an application for clarification of my powers to compel the release of documents. The case involved was unrelated, but it was one where I was meeting with equal resistance from FCS to produce records. It involved an investigation into the departmental response to a child protection case in which a two-year-old girl had died in her mother's care. A court date for my motion for declaratory relief and production of the departmental records was set for late August, 2006.

At the hearing in August, the matter was put over until the fall, when the attorney-general's motion to proceed with the application *in camera* could be considered. Later that fall, I was appointed Child and Youth Advocate, and the newly elected premier announced his intention to amend the *Ombudsman Act* and the *Child and Youth Advocate Act* in the spring in order to blend both legislative schemes and confirm my interim appointment. At the hearing in the fall, the attorney-general agreed, upon the judge's prompting, to release the documents in the child protection case and to put off the hearing of the application *sine die*, pending the anticipated legislative amendments.

Following this consent order, the departments involved in this investigation responded more positively and made documents available. In February, 2007, a year after the notice of investigation had been sent, I was granted access to the records necessary to commence my investigation.

I am pleased that, in the late spring of this year, amendments were made to the *Ombudsman Act* and to the *Child and Youth Advocate Act* that have clarified and consolidated this province's long-standing practice of turning over to the Ombudsman records which he deems necessary to his investigatory functions. In fact, the final bill was much improved as a result of floor amendments brought forward by Government after the bill's introduction. The bill has confirmed the Ombudsman's and the Advocate's long

reach when it comes to policing public administration and compliance with measures aimed at improving services to children and youth.

Following review and receipt of the requested records, which filled nearly a dozen banker's boxes, the investigative team was able to conduct interviews with parents, youths, care-providers, educators, case-workers, external stakeholders and departmental officials in order to identify the issues and arrive at possible areas for recommendation.

The investigative team also completed its own environmental scan and attempted, as much as possible for generalists like ourselves, to augment and base the following recommendations not only upon the complaints and case-studies in question, but also upon empirical evidence-based research in the areas of mental health and child welfare.

At the time of printing Cabinet has announced its intention to rename the Department of family and Community Services to the Department of Social Development, a change which, I hope augurs well for the reforms proposed in the following pages. However, for ease of reference, this report will continue to refer to that department by its former acronym: FCS. Also despite feedback from clinicians and social workers, while the words children and youth are often used together in this text, unless the context indicates otherwise, children include youth and any person under the age of majority. Finally I also use the term mental health condition, and similar terms broadly to include mental illness, but also conduct or behaviour disorders.

A full list of interviewees and agencies consulted is provided in an appendix to this report. I want, however, to acknowledge with thanks the kind assistance provided by all stakeholders and departments in completing the investigation. Among the stakeholders I would like to thank, in particular, are the administration and staff of the Restigouche Hospital in Campbellton, the Moncton City Hospital's provincial Child and Adolescent Psychiatric Unit, the directors and administrators of the Spurwink Facility in Portland, Maine, Dr. Nicole Letourneau, Canada Research Chair in Healthy Child Development at UNB, and Dr. Susan Reid, Director of the Youth-at-Risk Research Centre at St. Thomas University.

Following the initial wrangling over disclosure of records, all government departments have offered their full support and collaboration to the investigation and have in fact welcomed the opportunity to work together in addressing a critical area of common concern. I extend my thanks, in particular, to Joan Mix, Ian Walsh, Barb Whiteneck and Bob Gerard and the colleagues who have assisted or succeeded them. Many of the recommendations made herein have been initially identified by departmental officials, and I am hopeful that, if accepted by Government, the recommendations will be capable of early and effective implementation. Most important, I want to acknowledge, with thanks, the support of parents and youths themselves who have participated very fully in this process and provided me with their consent to share their moving and very personal stories.

The issues:

1. **Political direction and accountability: *Gabriel's story***
2. **Service integration: *William's story***
3. **Community-based residential care: *Jacob's story***
4. **De-criminalizing youth with mental health disorders; *Nicholas's story***
5. **Tailoring educational services for youth with complex needs: *Benjamin's story***
6. **Supporting families of youth at risk and children and youth with complex needs: *Samuel's story***
7. **Closing the gap: age discrimination in youth services**

Chapter 1 - Political direction and accountability: *Gabriel's story*

One of the parents we met reminded us of a confession he had heard from a former minister of health in this province. The minister had called mental health services the black sheep of our health care system. The minister was Brenda Robertson, and her assessment was given 30 years ago. Some public servants admit quite candidly that not much has changed.

All departmental officials are acutely aware of the gap in services that arises from the age-based criteria that exist for services to children and for adult protection services, but leave youths hanging in the middle. This gap in services, for youths aged 16 to 19, is a fault-line that complicates the resolution of every complaint involving child and youth services. Even as a child nears the age 16 cut-off, problems loom, and the fall-out from the gap in services in many cases continues to affect him or her well into early adulthood. According to the former deputy minister of health, the problem is not unique to New Brunswick and, in fact, exists in most jurisdictions across Canada.

Everyone we spoke with agreed that government departments could and must do a better job of working together to harness all public resources available and develop a client focus. There was little agreement, however, on how this could be done. The only consensus was that nothing would change without strong political will and direction.

Our investigation has shown that, in New Brunswick, youth with very complex needs are often overlooked. However, when political pressure is applied, and where there is a strong political will to deal with a young person's needs, we can and do make a difference. The problem is that few cases are addressed in this way, and the high end treatment of high-profile cases is an expensive and ineffectual allocation of scarce resources. Gabriel's story is a case in point.

Gabriel's Story:

Gabriel was born to a single mother. She had a reported history of being significantly mentally challenged and was a member of a visible minority. At the time of his birth,

Gabriel and his mother both lived with her foster parents. There were reports of early neglect, deprivation and emotional abuse, resulting in global developmental delays and failure to thrive. When the child was two years old, he was taken into protective custody. Less than a year later, he was adopted. Gabriel remained in this home with another adopted child and a step-brother nine years older until he was 12.

From age three onward, Gabriel made limited developmental progress. He was diagnosed with Oppositional Defiant Disorder and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Prescribed medication, he reacted negatively. He was hospitalized for about two months during a psychotic phase. In the next few years, several diagnoses were discussed, and medication was prescribed accordingly. Today, Gabriel's diagnosis is still being debated. The latest, from the Spurwink Treatment Center in Portland, Maine, where Gabriel has been since October, 2005, is Post-Traumatic Stress Disorder, with a possible underlying Bipolar Disorder.

From the time he started school, Gabriel had difficulty in adapting. So his adoptive mother decided to school him herself at home. Despite the involvement of FCS and mental health professionals, it appears his schooling and educational needs were not addressed; he received very few education services. As he grew, he became increasingly difficult. He began assaulting his adoptive mother, threatening to kill her. He showed dissociative behaviour and was defiant and uncooperative.

In June, 2004, Gabriel's adoptive parents informed FCS they could no longer care for him. They turned his guardianship over to the Minister. Gabriel was placed with Moncton Youth Residences Inc. (MYRI).

After a year with MYRI and, although he was provided with two-on-one staffing and three-on-one staffing in situations where he exhibited uncontrollable behaviour, it became evident that New Brunswick lacked the specialized services to meet Gabriel's increasing needs.

Some of the behaviours he presented were: mood swings resulting in unpredictable violent episodes, biting staff, assaulting staff, and smearing his feces on staff's faces and clothes. The staff felt it was becoming difficult to keep themselves, and Gabriel, safe.

According to Gabriel's social worker, she "contacted everyone in New Brunswick" to try to find or develop a placement for him. She was unsuccessful—professionals across the province were at a loss to understand and deal with the behaviour he was manifesting.

The Province approved placing him with the Spurwink Treatment Centre in Maine. Before he went to Maine, he needed a place for a four- to six-week period because MYRI could cope with him no longer.

In September, 2005, the family apartment at New Brunswick Youth Centre in Miramichi was designated as an interim child care residential centre under the *Family Services Act*. FCS and the Department of Public Safety entered into an agreement where Public Safety

would provide an apartment, meal and housekeeping services, and FCS would provide the staff to supervise Gabriel. When needed, NBYC would provide emergency assistance.

Although Gabriel was not placed with the young offender population at NBYC, his placement made headlines and raised waves of concern and protest across the province. To this day, although Gabriel's identity was protected throughout this process, people still remember this as the case of the 13-year-old autistic boy who was at NBYC because there was nowhere else to send him.

In October, Gabriel went to the Spurwink Treatment Centre in Maine. He was, and still is, the sole resident of a house there. The home is staffed at a two-to-one ratio at all times. Gabriel goes to school every day, for about half an hour, although not in a classroom setting. It does get him accustomed to leaving the house in the morning and being exposed to others around him. In school, he receives occupational therapy.

The Spurwink staff have noticed the following about Gabriel: he sexually acts out when restrained; he has made huge progress on his personal hygiene; he now eats with a fork, sitting at the table, and puts his dishes away; he can calmly stay alone for a little while; he asks to read a book when he feels like it; he has stopped his continual pacing; he now makes eye contact; and he uses functional language like "I'm all done now." According to the staff, Gabriel has now "reached a level where he is accessible".

At Spurwink, my investigators met with Gabriel's psychiatrist. She was very encouraged by her recent session with Gabriel: he had acknowledged her by name and said goodbye at the end of their meeting. In fact, in all of the meetings we had with the Spurwink care-providers, they were intent on celebrating the successes Gabriel had achieved, however small. The directors of the facility admitted that Gabriel and the other two New Brunswick residents currently placed at Spurwink are receiving a "Cadillac" treatment that no other resident from Maine or from out-of-state is receiving. The cost of providing services to Gabriel is in excess of $500,000 a year.

On the one hand, the department had agreed to these extraordinary expenditures because of the lack of alternative solutions in New Brunswick. This decision was taken well before Gabriel's temporary placement at NBYC and the swell of protest that ensued. On the other hand, one has to wonder whether the investment would have been maintained without the pressure of the political fall-out from the stint at NBYC.

There is no question that, for the first time in a long while, Gabriel has halted a downward spiral of anti-social and self-mutilating behaviour and is making real progress in terms of basic life skills. The question is: how much nurture and love will he continue to require and how best can we sustain it? More fundamentally, we have to ask ourselves, as New Brunswickers, why Gabriel had to be sent out of province and out of his country in order to start making significant progress.

* * *

My review of the cases analyzed in this report leads me to one inescapable conclusion: progress on this file will require taking ownership of the problem; and taking ownership means that, as a society, we have to stop shipping sick kids away. We need New Brunswick-based solutions and capacity within the province to deal with the problems of our children and youth, including those with very complex needs.

It is true that, in Gabriel's case, placement out of the province may have been the most reasonable and viable accommodation the province could make for the time being, given his exceptional needs and the lack of other options. One cannot deny the progress he has made since his placement there. But since three New Brunswick residents are there now, and others may follow, owing to the lack of treatment options here, more families are put through the strain of separation because of distance and the international border. As a long-term solution, referring these cases to Spurwink could easily bring with it the "out of sight, out of mind" problems that institutionalization within New Brunswick once posed. I remain convinced that true equality for these young persons demands that we, as a society, look after our own.

One of the most important themes to emerge from this review is the lack of political accountability and direction for the dire straits in which youth-at-risk and youth with complex needs can find themselves. There has been no lack of proposed solutions, and much time has been spent over many years analyzing these issues and cogitating within the bureaucracy.. Senior civil servants have produced reports from 15 and 20 years ago where the same issues parents raised in complaints to us were flagged and corrective action recommended[3]. For the most part, little was done, and what *was* done has not proven effective.

Many factors are responsible for this lack of political direction and influence: 1) the absence of a political voice for the constituents affected; 2) the dispersed nature of government services to youth across several departments and agencies, most of which do not, for various good reasons, view child or youth services as mission critical (whether in relation to jails, hospitals, income assistance rolls, or transportation matters); 3) the principled deference to family and to the private sphere and the state's reluctance to intrude, particularly where problems lie not generally with parental capacity but with mental health concerns of the youths in question; and 4) the obvious cost consequences of any course other than inaction.

This problem is also not unique to New Brunswick. Many jurisdictions in Canada and abroad have been devising strategies and new approaches to ensure greater accountability and political direction to these issues. The Ontario Child and Youth Advocate recommended in her 2005 report, *Snakes and Ladders*, creation of an Ontario ministry of child and youth services. The United Kingdom has also adopted this type of regulatory approach in recent years.

---

[3] Public Safety's Youth At Risk report; Department of Education's 1992 Student Services Review report. These reports are, for example, two indicators of the long road toward establishing a Child and Youth Advocate, for which Public Safety officials had been clamouring for nearly 15 years.

The recommendations which I make, under the broad theme of accountability and political direction, are divided into three distinct areas: 1) recommendations in relation to the Legislative Assembly's oversight through its officers; 2) recommendations in relation to ministerial accountability and responsibility for these matters within the Executive Council; and 3) recommendations in relation to civil society.

The independent oversight function

During the course of this investigation, I have been encouraged by the welcome, and certainly the expectation, with which youth, parents, those who work with them, and departmental officials have met news of the appointment of a Child and Youth Advocate in this province. The fact that the Government elected last year had sponsored this legislation while in opposition, that it moved quickly after the election to fill the vacancy, which had existed for nearly two years, and that it amended the legislation last Spring to reinforce the Advocate's independence and broad investigative powers are all encouraging developments. Essentially, the Advocate's role is to be the voice for disenfranchised youth, and to ensure that this voice is heard by elected representatives and that youth concerns are acted upon. To voice those concerns adequately, I have sought from the outset to adopt a proactive stance as Child and Youth Advocate, rather than merely respond to the numerous and troubling nature of complaints received. However, addressing the caseload while moving ahead with a proactive advocacy agenda is a difficult task, especially for a small office.

My first recommendations, before making any recommendations to Government, are therefore directed primarily at myself. I intend in this manner to render my own efforts somewhat more accountable by outlining more formally the role which the Office of the Child and Youth Advocate can play in holding government accountable and ensuring that necessary political direction is given to child and youth matters.

1. An active presence, accessible to children and youth

Following my appointment as Child and Youth Advocate, I was concerned to learn that the Department of Public Safety had discontinued the services of its internal child and youth advocate and begun to redirect all inquiries to my office. I was able, however, during the last budget exercise, to convince government to direct new resources to my office so that additional staff could be retained to continue this significant advocacy function. In reviewing materials related to this investigation, I recognize that the Department of Public Safety had been recommending the establishment of an independent advocate for many years and had developed its own internal recourses only as a stop-gap measure. The work carried out by advocates within the department has been an instructive and effective model for my officers. Early this spring, I designated one of my investigators as a permanent liaison with the New Brunswick Youth Centre and with the Portage Program for Drug Dependencies Inc., near Sussex. This officer has been available to residents at NBYC and Portage on a bi-weekly basis since the spring. Another officer has now been named the Advocate's liaison for youth residing at the

Restigouche Provincial Hospital (RPH) and at the Child and Adolescent Psychiatric Unit at the Moncton City Hospital.

My goal over the next year will be to increase the frequency of our visits, from bi-weekly to weekly, which will put us on a par with the Children's Ombudsman unit in Nova Scotia, and also to develop a process with adequate resources to ensure an active presence and accessibility to children in residential placements and group homes throughout the province.

2. *Monitoring child services*

The *Child and Youth Advocate Act* grants the Advocate a broad power to initiate investigations on his own motion, just as an Ombudsman may. However, while these powers of the Ombudsman are exercised more as the exception than the rule, it appears that the Advocate's function requires a more proactive auditing exercise. As the guarantor of effective public services to children and youths, the Advocate has a specialized mandate that will require him to take proactive measures to ensure that children and youths receive the services they need, rather than merely a response to complaints. This may entail "social audit" or monitoring functions, such as regular requests to authorities for numbers of children in care, in custody, in hospital settings, or on special education programs, and year-by-year comparisons of expenditures in relation to such services. It may also include use of the Advocate's powers of entry and inspection of institutions where children and youths reside to verify compliance with applicable regulations and guidelines. Over the course of the next fiscal year, I will hire an additional staff person to allow this monitoring function to be implemented.

3. *Privileged access to electronic records*

Last spring, important amendments were made to both the *Ombudsman Act* and the *Child and Youth Advocate Act*, reinforcing the broad right of access to records of these legislative officers. The amendments were welcomed by our staff and departmental officials alike, since they clarified and greatly simplified the process for sharing information while addressing concerns on all sides around confidentiality and professional ethics. At the same time, in order to achieve the goals regarding child welfare monitoring and the Advocate's active presence for children and youths, it makes sense to designate staff within the Advocate's office for the same ready access to electronic records as the departmental officials whose work they are asked to oversee. One of my officers has recently taken over the job responsibilities of the former in-house youth advocate within the Department of Public Safety; however, as he is not a public safety department employee, he does not currently have access to youth records in the department's electronic records management system. To that extent, our work is significantly less effective than that of the in-house expert we are replacing. Access to the system would allow our officer to easily determine from a youth's direct report what follow-up may be required, what has been done or not been tried before, and to intervene in a timely fashion. Similarly, Advocate investigators should have the same access to child protection files as the social workers and case-managers whose work they are

reviewing. This is the type of access that investigators in the Alberta Youth Advocate's Office have and is the timeliest and most effective means of assuring proper oversight in this sensitive area of public administration. The *Protection of Personal Information Act* currently allows non-consensual sharing of information from public records "(a) to protect the health, safety or security of the public or of an individual" or "(b) for purposes of an investigation related to the enforcement of an enactment." It is clear now that the broad access provisions under the *Child and Youth Advocate Act* take precedence over the confidentiality provisions of section 11 of the *Family Services Act*. For greater certainty, section 11 could be amended specifically to allow on-going monitoring and access to electronic records by designated members of the Child and Youth Advocate's investigative staff.

4. A legislated oversight function for group homes and youth transition homes

The *Child and Youth Advocate Act* appoints the Advocate to monitor defined "services" to children and youths, but it provides the Advocate only with powers to inspect the premises of defined "authorities" under the Act. Private group homes, youth transition homes, and special care homes are generally not public authorities. So the Advocate has no specific legislated mandate to inspect these premises, and, in fact, there is no other independent overseer of these agencies, although they operate largely on the basis of public sector funding. In my 2003-2004 Ombudsman report, I recommended that Government appoint an independent oversight agency to monitor the operations and service delivery provided in nursing homes and special care homes. While that recommendation stemmed largely from concerns relayed to my office regarding the treatment of seniors in our province, this investigation has revealed that the treatment of youth in similar facilities is no better, and it suffers from the same lack of independent oversight. I recommend that the *Child and Youth Advocate Act* be amended to extend the oversight functions and mandate of the Advocate to include services to children and youths in privately operated group homes, youth transition homes and special care homes.

A cabinet minister for child and youth services

The most common, and perhaps most significant, problem identified by officials during this investigation has been a lack of political will and direction. The most common and significant complaint of parents was not knowing who to turn to and the feeling that no one is in charge.

Jasmine's case, outlined earlier, where the review board ordered the Department of Family and Community Services to create a safe residential care option for a 15-year-old schizophrenic, and the department's refusal to comply, illustrate the point. Family and Community Services could legitimately point to the provisions of the *Mental Health Act's* sections 22 and 23, which allow the Minister of Health to approve buildings and homes for the placement of discharged persons and to make payments for the care of discharged persons in approved homes. A stalemate and lack of services arose from the fact that the minister of neither department had preponderant authority in relation to

services to children and youths. Unfortunately, this is only one example from many situations where the lack of authority and inability to get past the gridlock in child and youth services across many government departments is manifest.

5. The minister responsible

I would recommend a number of measures to counter this problem. The first measure would be to appoint a minister responsible for services to children and youth[4]. While it may not be advisable to attempt to carve out services to children and youths from the mandates of Public Safety, Family and Community Services, Health, Education, or other departments or agencies, a clear need nonetheless exists to provide greater direction and leadership to the integration of these services across many departments. This would be in the best interests of New Brunswick children and youth. It is also essential that this task not be left to a junior minister or department, as the integration of such services will require the clout and leverage of a minister with significant influence over the purse strings. Since the Department of Education is a large department, with a mandate directed solely and specifically at children and youth in the province, it may make sense to have the Minister of Education ultimately responsible for the integration of all public services to children and youth. Alternatively, the requisite political direction could easily be given this matter if responsibility for the integration of such services was placed squarely with the Premier. Either approach could work, or another viable approach might be found. The key is to initiate a political commitment that will benefit children in this province.

6. The minister's mandate and authority

In addition to making one minister responsible for child and youth services, Government could provide the necessary leadership in this area by granting that minister a legislative mandate to ensure the integration of services to children and youth in the best interests of the child. The minister's mandate should include:

- fostering a child-centered approach to the delivery of public services in order to meet the needs of children and youth;
- development of agreements within and among departments to further this approach through joint funding of programs and services and information sharing;
- authority to enter agreements with other provinces and levels of government to enhance service delivery to children and youth;
- operational responsibility for the various agencies, committees and programs established to achieve the integration and coordination of services to children and youth.

[4] This admittedly is not breaking new ground, since others have done it, and it was in fact recommended that New Brunswick do so as long as eight years ago: Province of New Brunswick, Children Come First: Child Welfare Comprehensive Review and Redesign – Final Report NB Health and Community Services, October 1999, p. 66 Recommendation 27.

Care should be taken to provide adequate resources for the service integration and coordination function while respecting the spending power and investments required by the stakeholder departments and agencies of government. The minister must be the leader, with the effort and resources coming from all departments and agencies operating as a team.

Accountability and civil society: living child and youth advocacy

Acting in the best interests of children is ultimately not a task that can be left to government alone or to one person or group of persons. It is a shared responsibility. For good reason, that responsibility is largely entrusted to parents and other primary care-givers, but it must never be very far from the minds of all of us, even bystanders not directly involved.

Under the Quebec Civil Code, and in various statutory pronouncements in common law, there is increased use of Good Samaritan laws, ie, laws requiring us to help our neighbours in specific and exigent circumstances. In recent years, the law in this province, under our *Family Services Act*, has placed great emphasis on the reporting obligations in cases of child abuse and neglect. An area deserving further study and review is whether reporting laws go far enough, would societies such as ours benefit from legislating a more taxing standard of care with respect to our obligations towards youth generally?

In the not-so-distant past, society was much more outwardly homogenous and conformist, and the law did not shrink from reproving conduct deemed offensive to public morals or likely to corrupt youth. Today's society is, by comparison, far more permissive. It encourages children and youth to find their own way rather than be molded toward a certain ideal. A question we must ask, though, is: how are the children coping? Are they getting the right dose of guidance, support and self-determination? Have we remained vigilant, interested and respectful guardians of their development? Or have we left them to fend for themselves, taking the humble view that we are no better equipped than they to figure out the straight and narrow path, or whether there is one?

7. Nurturing child welfare as a civic virtue

Whether children and youth would benefit from Good Samaritan laws directing all of us to be more mindful of them is a topic that requires more discussion and consideration. In the meantime, as Child and Youth Advocate, I would invite all of civil society to take a renewed and personal interest in matters of child welfare. We should remain vigilant and mindful of the fact that, in our democratic system, children have no voice but ours. The press, the media generally, academics, professional associations, and the voluntary sector all have a strong role to play in keeping government accountable for the delivery of programs and services to children and youth. In the past year as Advocate, I have been encouraged by the extent to which my efforts are shouldered, strengthened, and, at certain times, even outpaced by members of civil society. Advocating on behalf of children and youth is a civic virtue to be nurtured.

One of the most challenging aspects of this investigation has been to bring forward recommendations that replicate the conditions for successful interventions for youths with very complex needs. From our review of these files, the key ingredients for successful interventions have been a life-long perspective, stable loving and caring relationships, community-based care, and the patience of Job. It is not surprising that these are many of the attributes of relationships based upon family and kinship. They are also present in our foster parent models and in charitable movements such as l'Arche, the community-based movement founded in 1964 by Canadian humanitarian Jean Vanier. In l'Arché, people with developmental disabilities, and those who assist them, share life and daytime activities together in family-like settings integrated into local neighbourhoods. L'Arche operates in 34 countries. It has 27 communities in Canada operating nearly 200 homes and workshops or day programs, many of them in Quebec and Nova Scotia. There is, however, only one in New Brunswick, which opened recently in Saint John.

I recommend that the Government of New Brunswick actively promote volunteer, professional and community-based investments in child welfare, recognizing the Province's overarching responsibility in matters of child welfare, but balancing this consideration with the value-added contributions that not-for-profit agencies, professional associations, municipalities, charitable organizations and others can provide in building strong, caring communities for children and youth.

Chapter 2 – Service integration: *William's story*

If we agree to set a framework of accountability, and we commit ourselves politically to renewed vigilance in matters of child welfare, as the current Government seems prepared to do, given its program of action over the past year, then we can begin the honest work of coordinating our efforts toward these ends. It is not an easy task. In the words of one departmental official, it's a little bit like turning an ocean liner on a dime. This investigation covered only four departments. Many other departments, agencies, and non-government stakeholders are concerned. The four departments operate in a context of scarce resources. Information-sharing is strictly limited because of its sensitive nature. Very distinct organizational cultures exist in the departments and within the branches of their operations. And, despite the recommendations outlined above, the current reality is a chain of command and case-management pressures that exacerbate the competition for scarce resources and lead to off-loading responsibility for individual cases of children and youths in need.

There is however, widespread acknowledgement and recognition among officials that we do a poor job of coordinating our efforts, and that many efficiencies and better service delivery could be achieved. We have the technological capacity to do a much better job of sharing information. Doing so is recognized as a privileged means of achieving the goal of service integration, provided it is done in a manner respectful of privacy concerns. Various models of service integration exist in other jurisdictions that we can learn from. These include the model in the State of Maine, where three of our most complex-needs youths – all profiled in this report – are now receiving care. The significant expense of

providing for these three young people at the Spurwink facility is proof that a New Brunswick-based solution would be more cost-efficient. All experts point to service integration as a critical element in dealing effectively with complex needs youth[5].

The story that most poignantly describes the varying standards of care available to youth with complex needs, and also describes how the integration of services can benefit such a young person, is one the public and the media know well. It is the story of a deeply autistic young man whose detention in Centracare several years ago became a rallying cause for the parents of autistic children in New Brunswick. This is William's story.

William's story

When my investigators met with William's father, it was obvious his family had been on a long journey. After spending years advocating for his son, William's father agreed to relate his story one more time.

As a baby, William "was normal as a child can be." He was basically meeting all of his milestones until he reached the age of two. At that time, he could play video games and communicate his needs. When he reached three, William's parents, concerned about a slowing development, took him to a psychologist, who told them not to worry, that children are often delayed in certain areas. Two more years passed. At five, William was sent by a psychologist to the Isaac Walton Killam Hospital in Halifax. The diagnosis was autism. William's father had never heard the word, and had no idea what it was. Apart from some restlessness, William had exhibited no behavourial problems, or at least nothing the parents couldn't handle.

In a school setting, however, William required many interventions. Although he benefited from an inclusive educational model, he did not, despite the many interventions, progress developmentally much beyond the cognitive or communicative skills of a child of two or three. His behaviour became disruptive, and he had to be removed from the regular classroom for extended periods to an alternative setting created for him. In fact for many years, William spent a great deal of time isolated within the schools into which he was "integrated".

His father relates that, although William had certain difficulties, on the whole schools coped with him, and he coped with them. His father recalls that, as a child, William was able to help out with certain tasks at home, including in the kitchen. He loved to jump

---

[5] Zanglis, I., Furlong, M.J. and Casas, J.M., *Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders* Behavioral Disorders; Aug 2000; 25, 4; pg. 359- 371; Keys, S. G., Bemak, F., Carpenter, S.L. and King-Sears, M.E. *Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth* Journal of Counseling and Development Spring 1998 Vo. 76, pp. 123-133; Becker, D., Hogue, A., and Liddle, H.A., *Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention* Child and Adolescent Social Work Journal, Vol. 19, No. 2, April 2002 163-179.

and run and swim in the family's backyard pool. But, when he began having seizures a few years later, the pool had to be closed.

When William was about 19, his psychiatrist prescribed a new medication, which affected him negatively. His seizures became more severe. He was more difficult to manage at home. The parents requested respite care, and William was placed during the day in an FCS group care environment. Then he started spending two nights a week at the group home, and eventually he moved there. A few months later, the parents noticed a marked deterioration in their son's behaviour and cognitive abilities. A psychiatrist was following his case, and a psychologist was visiting him at the group home. During the day, William attended his local High School, and he had regular contact with his family.

During this period, the parents started noticing burn marks on their son's body. According to the father, they were given inconsistent explanations about the marks. They continued to raise their concerns with FCS but, in their view, were not heard.

About five months after they first mentioned their concerns, the parents were told William had to leave the home. The group home operator, they were told, could no longer provide for William's care, because of his strength and unpredictable, aggressive behaviour. FCS undertook to find a new placement for William. A few proposals were put forward, but FCS denied these because of the high cost.

The group home operator then agreed to place William in an apartment with one-on-one staffing until another placement could be found. In this highly structured environment, his behaviour problems were minimal. He continued his therapy, visits with his family, and schooling. But these interim arrangements could not be extended beyond a few months.

In 2002, when William was 21, FCS advised his parents that he could no longer live in the apartment. The department proposed moving William to Centracare in Saint John. The parents were concerned about this move and requested a 30-day extension of William's stay in the apartment while they explored options and sought expert advice. The parents presented a report from William's family physician stating that Centracare was not a good placement for William. The doctor said it could cause his condition to deteriorate. His psychiatrist and his psychologist also disagreed with this move, and so did the staff at Centracare. However, the Minister rejected the professionals' opinions and denied the request for a 30-day extension. William was sent to Centracare.

The plan was that William would be placed in the rehabilitation unit, with a view to one day returning to his community. In fact, he was put in a "sustained care unit" with limited access to programming and therapy. The staff at Centracare further advised FCS that the unit available for William was very noisy and inappropriate for an autistic young man. They said William was at risk of being assaulted by other residents, a warning supported by an earlier psychiatrist's report. These warnings were subsequently borne out when William was repeatedly assaulted, including a sexual assault. As a result, William's

behaviour deteriorated, and he lost most of the cognitive abilities he had gained during the previous years. His father believes this damage is probably irreversible.

In a statement of claim in a lawsuit the parents launched against the Province, they said that, on one visit, they ". . . found William to be heavily sedated, no longer recognizing his parents and lying in his bed with his hands over his ears complaining of the noise. They also found him naked in isolation ...on many occasions afterwards."

Sixteen months after his placement at Centracare, William was sexually assaulted. Using any means they could to be heard, the parents continued to advocate for their son to be removed and placed in an appropriate environment. Many people in New Brunswick will remember this case, because William's father never hesitated to speak publicly about his son's plight, and it attracted much media attention.

Three years after being admitted to Centracare, William was transferred to the Spurwink facility in Portland, Maine, at an annual cost of over half a million dollars a year. His parents have no means of transportation to make the six-hour drive to Portland. They are pleased that he is receiving the care he needs, but would prefer that their son could receive this kind of care in New Brunswick, so that they could visit him.

When he arrived at the American facility, William was placed in a house where he was, and still is, the sole occupant. Initially, he was cared for by a couple who lived in the house with him. But it was very demanding on the couple, given William's state on arrival, so the arrangement was changed to his being cared for by staff working in shifts. Spurwink staff told my investigators that according to their information, in his last year at Centracare, William was not once taken outside. It goes without saying that he was, and still is, a long way from his former self. But, in his two and a half years at Spurwink, he has made constant, if slow, progress. Staff working with him have said the following:

"William definitely seems to have skills. He picks up on things. The potential is there.... He seems interested in education.... Some methods used with others are not successful with William. But he is starting slowly to show results..."

Concerning William, and the two other New Brunswickers being cared for in Maine, unavoidable questions arise: why did they have to be placed outside the country to receive the level of service they require? How can we integrate our services in New Brunswick to make them work for William and young people like him?

This puzzle has many pieces. The recommendations outlined above regarding accountability and political direction are, of course, an important element. As well, the lessons of Spurwink make it clear that ensuring the service delivery model is child-centric, or tailored to the child's needs, is another important first step. Two problems looming over these discussions concern the brokering of disputes over control of resources and control of information. In other words: who will pay? And who needs to know? Better systems for sharing information must be devised, ones that are also accessible to parents, young people, and their entire circle of care. A properly integrated

service delivery model is one where parents feel supported and receive services without getting the run-around. In some aspects of our work, service integration can be achieved merely by doing more of what we do well. Our review has led to recommendations that explore these various possibilities.

8. A Child-centred service delivery model

All the text-books talk about it. As far as we can tell, it is also public policy in our province. We aim to deliver services that are child-centric and individually responsive to the needs of children and youths accessing services. Our investigation has revealed, however, that, while we have perfected the "talk," we have difficulty "walking the walk." Parents have told us that they dream of the day when a case-worker or social worker will ask them, "What does your child need, and how can I help you access it"? Social workers have told us that, 30 years ago, early in their careers, they used to enjoy field work and working in the family home with children who needed assistance. Now, they say regretfully, their jobs have become ones where they act merely as service brokers, with little real contact time in the home. They also regret that, all too often, they are required to refuse services to children in need whose profiles don't happen to meet program criteria, and no other programs are available to assist the particular cases of those children.

This is what we mean when we say: it is time to turn that ocean liner around. We recommend the minister responsible for coordination of child and youth services establish guidelines and training programs for front-line staff in all departments to ensure that we meet the legitimate needs of children and youth seeking service. The Government must move from a system of exclusion as a result of criteria-based program delivery, to a system of service. Financial accountability has required us to make a strict application of program eligibility criteria. This is a good and necessary measure. What I am recommending is that, in matters of child welfare, we also have to develop social accountability measures to ensure that our programs start meeting their service delivery goals.

9. Legislating cooperation and resource-sharing in child welfare matters

The main challenge in service integration is control over the purse strings. How can you create a minister responsible for child and youth services if he or she does not have control over the program spending on children and youth in various line departments? How can you grant such power to the minister without compromising the independence of his colleagues in Cabinet and their duty to apportion scarce resources across very diverse departmental priorities? These are difficult questions. In the end, however, my view is that it is a false dilemma. The real question is: does Government want to make service delivery to children and youth a priority in this province? If there is a political will for this, then the way forward should be clear.

Over the past few years, aboriginal youth advocates in Canada have successfully insisted on the application of "Jordan's Principle" in implementing services to youth. Jordan was

a young First Nations child born with complex medical needs. After spending the first two years of his life in hospital and benefiting from significant community support, doctors said he could go to a family home. This decision should have been a time of celebration, but, for federal and provincial governments, it was a time to begin arguing over which department would pay for Jordan's care at home. The jurisdictional dispute lasted more than two years, while mediation and legal action ensued over such matters as who should pay for a wheelchair ramp or modified showerheads. The jurisdictional dispute was finally resolved shortly after Jordan's fourth birthday in hospital. But it was too late for him—he died before he got the chance to live with his family. Jordan's Principle, which developed out of this sad event, requires that, in such jurisdictional disputes, the service provider who has the first contact pays for the services and then seeks contributions from other branches of government. Thus jurisdictional issues can be addressed without depriving a child of care.

William's story, like Jasmine's, was unnecessarily complicated by jurisdictional battles between Family and Community Services and the Department of Health. As he languished in Centracare, victimized by other patients, the departments debated who should pay for services to him. We recommend the Government devise a legislative and institutional response to put Jordan's Principle, or something like it, into application in this province. In my view it is inevitable that the Minister of Child and Youth Services would need sufficient appropriations to allow him to broker financial disputes effectively without always imposing costs on one department or another. However in most cases, the Minister's central role would be to determine effectively and rapidly which services are needed and which Department should pay.

It would, for example, be possible to grant a minister responsible for coordination of child and youth services the power to order a financial contribution or payment of services by a given department in cases of disputed access to services. If the minister had such authority, it would rarely need to be invoked, because departments would prefer to find a mutually agreeable solution rather than have one imposed on them. Any abuse of the minister's authority could effectively be addressed in Cabinet.

10. Legislating interdepartmental coordination in child welfare matters

It is one thing to name a minister responsible and to provide him with some decision-making power to direct the payment of services in disputed cases. However, the day-to-day operation of so large an effort of coordination and integration of services would need to be structured at the highest levels of the public service in order to ensure active participation by all the lead departments concerned. We recommend that a steering committee of the deputy ministers of Education, Health, Public Safety and Family and Community Services be struck to meet quarterly and report regularly to the minister responsible. An executive director reporting directly to the minister could assist in this task and act as secretary to the deputy ministers' committee. Thus without considerable additional expenditure a small central government group could be created and specifically tasked with the vital policy and planning effort needed to coordinate services

across such governments. Similar agencies have contributed greatly to policy development in this province in areas such as the status of women and aboriginal affairs.

11. Legislating information sharing in child welfare matters

As stated above, a further area of cooperation that may require a legislative framework is information-sharing in child welfare matters among departments and agencies of government. Generally, the *Protection of Personal Information Act* (POPIA) provides that, when issues of interpretation arise regarding confidentiality principles, they should be resolved with reference to the Statutory Code of Practice under POPIA. The Code of Practice would allow information to be shared without consent in order to protect the health or safety of an individual or a group of persons. The *Family Services Act* allows personal information to be shared among government agencies without express consent, but the reality is that the sharing is not free-flowing. Even in cases where sharing information is in a child's best interests, pockets of resistance will arise out of concern for a child's or a youth's right to privacy. Accordingly, it may be helpful to reassert formally—in legislation affecting the information and privacy rights of children in educational, health, public safety and social service matters--an obligation on the part of public data custodians to share that information with other public agencies, if doing so may reasonably serve the child's interests. In other words, the standard should be clear that, while protection of a child's privacy is an important right, the obligation to share information with other public service providers to benefit the child is a paramount concern.

Specialized legislation in this field could help clarify any ambiguity and improve integration of child welfare services. Detailed provisions could be developed to establish priorities for levels of disclosure. Thus, it may be appropriate that certain basic health information be made readily available to school officials; that school officials be required to disclose information that may assist in an investigation of possible abuse or neglect; that social workers assist youth correctional workers by disclosing information that may assist in a child's rehabilitation or treatment program in custody. In all cases, officials should be required to act in a manner consistent with the standard of a prudent and caring parent. While in many areas of public administration, principles of transparency and privacy must be carefully balanced, the Supreme Court has held that, in cases of doubt, privacy should be held paramount. In child welfare matters, any doubt about the paramount concerns of privacy and transparency should be resolved in favour of information-sharing if there is any possibility of advancing a child's interest. This is even truer where a minister or other public official acts concerning a ward of the state. In these situations, the child's best interests are almost always served by disclosure to other public agencies within the circle of care to the child or youth in question. New Brunswick law is generally consistent with this approach. It may benefit, however, from a clearer legislative pronouncement regarding personal information about children and youths receiving public services.

12. A joint electronic records management system for children and youths in need

If the preceding principles are well understood and well articulated in law, it will be possible to harness the information and records management technology now being developed in the health sector to help integrate services. Much work would have to be done to determine whether health records or school records would be the logical starting point for a joint electronic record for children and youths in need. However, the benefit of involving case-workers, correctional workers, methods and resource teachers, classroom teachers, health care professionals, teaching assistants and parents in a child or youth treatment program are readily apparent. In the area of intervention with autistic children, certain programs exist that demonstrate the potential of bringing all the interveners to a common forum or table, in developing, monitoring and adjusting a child's treatment plan or educational plan.

While it may be too costly and unnecessary to develop such a joint electronic record for every school-age pupil, it may be appropriate to do so for pupils who are on a special education plan. An appropriate pilot program might be to design and develop such a system for pupils with highly complex needs.

We recommend the minister responsible for child and youth services establish a study group to report on the most appropriate means of sharing information among departments and to explore the possibility of establishing a joint electronic records management system for children and youths in need.

13. A single entry point for information and service access for families

Service integration really does require that officials in all departments develop increased expertise with respect to the government service delivery options available to youth and their parents. To the patient or consumer, every public official is the voice of government. This is why they are frustrated when they have to explain to one group of officials what they have learned from public servants in another department. Parents tell us constantly that they have to relate their story from A to Z, explaining to officials, who should know, why services from other departments are no longer available to them, or to their child. They also relate their frustration when they learn, too late, about a program or service they could have accessed long ago. What most parents agree on is that, following their child's diagnosis, they were left very much to fend for themselves. They realize, in hindsight, that they were given little idea of what mental illness problems look like. Had this been done, they might have been better equipped to cope. These parents have asked: why is there not a single entry point into the system, following diagnosis, where parents and youth can access information, learn about the support programs and services available to them, and obtain guidance and support in accessing those services?

This type of service has been developed for drivers' licenses, hunting and fishing permits, land registry and personal property registry systems. Why can't it be achieved in the health service field? How can government respond to these needs? While government has recently devolved responsibility for mental health services to regional health authorities,

there may be some benefit in working together and avoiding duplication of effort in establishing accessible and reliable public health information for the parents of children and youths at risk and those with highly complex needs.

We recommend that, in addition to developing closed systems for sharing information among public officials who provide services to children and youth, government must invest significant new resources to develop open, public health information systems that will help guide parents and families through the array of programs and services that may assist their child following diagnosis of a mental health condition. A review of the type of information available through the University of North Carolina's TEACCH Centre may be a helpful reference[6]. The partners in this process should include regional health authority mental health service managers, the mental health patient advocate, the New Brunswick Association for Community Living, The Autism Society of New Brunswick, the Child and Youth Advocate and the Canadian Mental Health Association.

Chapter 3 - Community-based residential care: *Jacob's story*

I come now to the premise that helped launch this investigation. Assuming that we do everything we can to build in accountability and foster political direction and better coordinate and integrate our efforts across government departments, the problem cases will still not go away. We will still be faced with a critical lack of trained professionals and too few residential placement options. Continued placement and referral of youths like William to Spurwink in Maine, at half-a-million dollars a year per youth, will not be financially viable in the long run. How then do we move from our current practice of exporting our most severe cases of complex-needs youths out of the province and country to a point where we have a community-based model of care for them here in New Brunswick?

Another major theme of this investigation is the issue of removing people from an institutional environment, and the fall-out resulting from this, and whether the alternative of community-based residential care can be achieved without making this alternative into simply another kind of institution.

We started, in Jasmine's case, with a premise that the problem was a lack of residential care facilities. Immediately, however, our investigation raised questions: is the problem a lack of facilities or a lack of support services to families? Is the problem the lack of long-term care facilities for youth with complex needs, or is it a lack of institutional capacity for managing acute care needs of young mental health patients? If better community-based residential care options can be devised for youth with complex needs, what roles do communities and the non-profit sector play in this type of service delivery? What about the needs of youth-at-risk? What residential services options are available to them? Why are youth transition homes round the province constantly in a crisis of survival? Can new residential facilities be developed to meet the needs of both these youth

---

[6] See, for instance, Chapel Hill TEACCH Center, *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism*, University of North Carolina, http://www.teacch.com/info_family.html

constituencies? What about the intersection with educational services, health services and crime prevention? How do we integrate services on a local and case-specific level?

I propose to discuss all of these questions after a closer look at the story of a young man who, before his placement at Spurwink, in Maine, had burned most of the bridges and residential-care options available to him in New Brunswick. He has a large and supportive family, but his violent and aggressive outbursts have prevented his reintegration with them. We were well into this investigation when I first heard from his mother. My investigators then had a chance to meet her son in Maine. They were happy to encounter a complex-needs youth who was highly communicative, had a sense of humour, and showed some real potential. The file regarding interventions at his home in New Brunswick, however, paints a much less optimistic portrait of this young man. This is Jacob's story.

Jacob's story

Jacob was born in the spring of 1989 and is now 18 years old. He has a twin brother and four other siblings. Because of fetal distress of Jacob, his mother delivered her twin boys by Caesarean section at 39 weeks. As early as eight months later, his mother began to be concerned about a noticeable difference between Jacob and her other children. By the age of three, his behaviour was strange enough that his mother took him to a doctor. The doctor did not see any need for a further referral.

The boy was five years, seven months when his mother sought further help. He was manifesting an increasing number of problems: spells of staring, a short attention span, aggressive behaviour, and bedwetting. Thus began Jacob's encounter with therapies and medicines. He has taken various medications over the years, prescribed by the many doctors who have treated him. He was on Tegretol and Risperdal for a long time, until they were no longer effective. Lithium was another drug he was given. There were positive aspects to his drug therapy but, one of the effects of Risperdal was substantial weight gain. As of 2006, his full diagnosis was: Pervasive Personality Disorder, Not Otherwise Specified (NOS), Tourette's Syndrome, and Oppositional Defiant Disorder; he also exhibits co-morbid symptoms of Obsessive-Compulsive behaviours and ADHD.

With regard to schooling, the file review shows that Jacob began to struggle as soon as he started kindergarten. He did not pick up on cues, had behaviour problems, and was physically aggressive. In Grade One, his aggressive behaviour continued, despite an excellent teacher and good parental communication. Academically, he was always below expected levels. He achieved moderate success with some Special Education Plans, although not consistently. In his early school years, he started back to school each September without a teaching assistant being assigned to him, but, after a few behavioural incidents, one would be assigned. This kind of reactionary service was problematic for Jacob. It created more behaviour problems because he always struggled with transitions. When he reached middle school, his mother encountered a principal who was similarly "waiting for a problem to arise before doing anything". One aggressive episode followed another. In the year he was 12, Jacob was out of school by November.

A team worked to help re-integrate him into school on a half-day program. His mother also noticed that Jacob was much better in summer, when there was no stress from school.

Like many other kids with complex needs, Jacob's aggressive behaviour eventually led to problems with the law. His mother had noticed physical aggressiveness as early as when he was in kindergarten. As a child, he set fires. His behaviour can be highly aggressive, but it is usually not triggered by particular things. Rather, it is more likely to be a direct negative reaction to being emotionally over-stimulated and then suffering a meltdown. He also has less control over his aggressiveness during changes in his medication regime. This behaviour escalated over the years to the point of assault in 2005, when he held his mother at knife-point and threatened to kill her. He also attacked his foster father and brother in 2006, and then, in that same year, violently assaulted his foster mother in an episode that could have been lethal had her daughter not beaten him off with a chair. Since then, precautions have been taken when Jacob is undergoing changes in his medication regime. He has completed the youth corrections system's alternative measures program twice. He also assaulted his foster father, and was at the NBYC for four months.

One has to wonder to what extent changes in his support structure and the place he calls home may have affected Jacob's behaviour and condition. He was six years old when he first got involved with social services, and, at the age of nine, he was assessed at the IWK in Halifax. At 12, he spent a month at the Pierre Caissie Centre in Moncton, undergoing extensive tests and evaluations. Jacob has lived in several foster homes for varying amounts of time since 2001, the year in which he was taken out of his family home because of his mother's fear for the safety of her other five children. The last time Jacob was in his house he had a violent outburst in the evening. When the family called FCS, they were told to call the police. Jacob was put in a police car and taken to hospital; later, he was moved to a youth residence in Fredericton. When he was subsequently taken to another foster home, he assaulted his foster father. Attempts have been made since then to re-integrate him with his family, but these have been unsuccessful because of his aggressiveness.

After a stay in the youth correctional facility, Jacob was transferred to a crisis unit in Fredericton, where he was the only resident in a house with trained staff. This arrangement, however, was not financially viable for the province. FCS' clear assessment is that Jacob will never be capable of living independently; it has been recommended that, because of security risks resulting from his aggressive behaviour, he should not live either at home or in a foster home, but in a residential treatment facility.

Jacob's mother was particularly troubled by the apparent lack of services for her son in the province when he was between 16 and 19 years of age. He did not qualify for the special needs programs; his case was treated as a child protection case, even though it did not meet the requirements for one. At this point, the Office of the Ombudsman became involved, and options for out-of-province residential treatment were considered. Jacob

eventually was accepted for placement at Spurwink, which was able to meet his needs of secure, individualized residential care.

* * *

It is unfortunate that, in our rush to remove people from institutions, to close down the training school, to insert every child with special needs in this province into the mainstream (the famous "no child left behind" policy), we went so far in dismantling many of the service delivery options that existed previously. It is an accepted truth that the vast majority of young persons receiving health care, or educational services, or social services in an institutional setting throughout the 1950s, 1960s and 1970s could have benefited from less segregationist policies and treatment. It is also true that only now are we reaping the benefits of taking them out of institutions and implementing the inclusive approaches to education developed through the 1980s and 1990s. But this investigation has convinced us more than ever that the pendulum has swung too far, and that the varied needs of our diverse youth require more than an all-or-nothing, one-size-fits-all approach. Family supports, extended family residential placements, community-based group homes and foster home placements, inclusive education approaches and hospitalization only for acute care mental health needs are preferred approaches in all cases. But they are not sufficient to meet all needs. Youth with highly complex needs, in particular, require more options available to them. Youth-at-risk also need a broader social safety net to meet their housing, social and developmental needs. We clearly need more capacity in terms of residential options for youths with high-end needs, but by supporting communities and families, we can reduce the pressures for such residential options and the demands on hospital and correctional services currently being made in the absence of such alternatives.

14. A provincial centre of excellence for youths with highly complex needs

Gabriel, William and Jacob are all receiving excellent service in an integrated community-based setting that is allowing them to make significant progress in their respective treatment plans. Each is placed in a home in a residential urban or rural setting with a staff model of care; each is the only resident of the home. Through Spurwink, they have access to specialized schools, to community-based work programs, to psychological, psychiatric, medical, dental and occupational therapy services, all of which are integrated and coordinated through program directors responsible for their care. Because Spurwink is an established treatment centre in the Portland, Maine, area, with nearly 50years' experience of service to mental health clients, community-based services are well acquainted with the needs of such youth. Because most of the facility's residential-based programs are run out of homes in the Portland area, there is a critical mass of needs in this community that supports the establishment of specialized professional services.

In a province the size of New Brunswick, it is not possible to roll out specialized educational, health and social services to all communities in the province. I recommend establishing a provincial centre of excellence for youth with highly complex needs. This

centre of excellence could be located in a New Brunswick community and mandated to recruit and retain expert services in child and adolescent psychiatry, developmental psychology, audiology, speech pathology and other support services in matters of child welfare. While it is important that this provincial centre of excellence be geographically accessible, and its services available to New Brunswick residents in both official languages, proposals for its location should come from interested communities themselves, and the final choice should be based in part on the basis of a demonstrated ability to integrate services to youth across a broad range of community-based interventions.

I have spoken publicly in recent weeks about the need to abide by our international legal obligations and keep youth correctional populations separate from adult correctional populations. Building a new youth correctional centre in Moncton is an option worth exploring and one which I will canvass further in my report into youth correctional services offered in this province to Ashley Smith. The centre of excellence for complex needs youth must work closely with the NBYC, wherever it is located and while both facilities might benefit from being co-located within a given community, it is important to keep these separate facilities at a healthy distance one from the other and avoid any unnecessary mixing of young offender and youth with complex needs populations. Most importantly the centre of excellence may provide services to youth with complex needs from a central facility, but youths in question should reside in the community in keeping with their rights under the UN Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities.

15. A provincial centre of excellence for youth-at-risk

Youth with highly complex needs represent the apex of the pyramid of youth needs in the province. Cases as demanding as those of the youths profiled in this report are relatively few, but providing services in such highly complex cases is necessarily a costly venture. While such cases will inevitably arise from time-to-time, consultations with community autism centers, departmental officials, and parents have satisfied me that the incidence of such cases can be reduced by focusing on better and earlier interventions.

There is also a broader number of youth-at-risk in the province who may be in danger of deepening their mental health problems, harming themselves or others, developing a drug dependency, committing a criminal offence, or dropping out of school and living on the streets. Youths in this category may be far more self-reliant and have much better coping skills and less acute needs than youth with highly complex needs. But having appropriate supports in place for this next large segment of youth-in-need is another aspect of the plan required to prevent an escalation of problems in individual cases and the development of more cases of youth with highly complex needs. Interventions at this level can cost less and have the potential of benefiting many more families in the province.

For this reason, I also recommend establishing a separate provincial centre of excellence for youth-at-risk. This centre of excellence should also be established jointly with a

willing partnership of community agencies in a given locality within the province and be mandated to develop and pilot innovative approaches and best practices in the field of youth welfare services.

16. Supporting the role of youth transition homes

There are currently a number of youth transition homes operating within the province that provide an alternate residential placement for youths who have left their parental home but are still having difficulty living independently. These homes help youths, who voluntarily choose to live there, adapt to independent living, complete their educations, develop and achieve employment goals, acquire social skills and basic life skills. There is currently a transition home for young girls in Fredericton called Chrysalis House and co-ed facility in Miramichi (Miramichi Youth House) and First Steps Housing in Saint-John, where young girls who are parenting young children or are pregnant can receive the services listed above until their baby reaches the age of one. All three are run by volunteer boards of directors and have faced chronic sustainability problems since opening during the past 10 years. Because they are not approved special care homes or nursing homes licensed or recognized by the Department of Family and Community Services, they do not receive any permanent funding from the Province, and the flow of information between FCS and the staff of these facilities is in many cases not good.

On the other hand, each of the facilities in Saint-John, Fredericton and Miramichi has received significant funding from government, year after year, and they have frequently been kept open as a result of significant public pressure and a financial bail-out from time to time. I recommend that the Department of Family and Community Services develop a program to guarantee stable core funding to these youth transition homes and to assist community organizations elsewhere in the province on a regional basis to establish similar homes in order to meet the housing needs of young men and women who might otherwise be living on the streets. Similarly, it is recommended that such homes be assisted in recruiting and retaining specialized staff to meet their client needs, and that the staff within these homes be included within the circle of care for youths placed with them, and that the flow of information from public records that could assist in the care of these young people be facilitated in the child's best interests.

17. A transition home cluster for youth with highly complex needs

Most of the youths profiled in this report could not thrive in a transition home. They would not be sufficiently self-reliant to be placed there and would be at risk of harming themselves or others. In fact, in many of these cases, an individualized placement has had to be developed, with a 24-hour, seven-day-per-week staff model, as we work towards a goal of integrating these young people into some form of family-based placement. For the time being, these types of placements have been made at the Spurwink facility, where supervised placement can be arranged with a highly experienced clinical intervention team. One of the problems that surfaced in every case reviewed was the lack of adequate facilities to provide care to youth with complex needs even as more stable long-term placements were being arranged. The Restigouche Hospital Center was not appropriate

for Jasmine, NBYC was inappropriate for Gabriel, Centracare was the wrong place for William, the Albert Street Crisis Centre in Fredericton was the wrong place for Jacob. This was true even though all had to stay in these places for months or years at a stretch while more appropriate placements were devised.

It is recommended that the community selected as the provincial centre of excellence for children and youths with highly complex needs have available an appropriate number of residential homes that could be used as staff model special care homes, and that a dedicated cluster of such homes throughout the community where the centre is located be developed to provide housing and shelter for up to eight youths with highly complex needs on a transitional basis. The units must be independent of one another, allow for two-to-one staffing, and be permanently staffed by qualified care-givers. In a staff model home, rotating shifts of care-givers provide continuous care to the resident on a one-on-one or two on one basis, round the clock and seven days per week.

18. Study Woods Street Centre model from Nova Scotia

In the aftermath of the tragedy investigated by the Nunn Inquiry[7], the Government of Nova Scotia recently reviewed and improved its service delivery model through a specialized secure custody facility for youth-at-risk on the outskirts of Truro, N.S. My investigators had an opportunity to visit this centre last spring and discuss its mission and approach to dealing with youth-at-risk. The centre is mandated to provide a secure custody residence to youths who are at risk of harming themselves or others, but who have no young offender record. Youths may be placed there on an involuntary basis by order of the director for a five-day evaluation, during which a court order must be obtained to continue the placement. The placement may be confirmed by judicial order for 30 days or subsequently for 90 days and, in exceptional cases, the latter order may be renewed. The centre houses male and female youth and offers on-site psychological services and regular psychiatric, medical and dental clinics. The goal of the centre is to provide youth-at-risk with a safe environment where they can refocus and prepare to return home or to a new foster home or residential placement. Initially, the centre opened with a mixed staff model of custodial and social work staff, but in time the custodial staff was replaced to make way for a more nurturing model of care. I have strong reservations about the need to legislate an involuntary placement of children or youth in a closed-custody facility on the mere apprehension of a risk of harm to themselves or others, however serious. But, should alternative measures proposed in these recommendations fail to remedy the problems encountered through this investigation, the Nova Scotia model may warrant further study.

---

[7] Nunn Commission of Inquiry, Final Report Dec. 5th, 2006 "*Spiralling Out of Control: Lessons Learned from a Boy in Trouble*" D. Merlin Nunn, Commissioner, http://www.nunncommission.ca/home/index.cfm inquired into an incident in which a Nova Scotia woman died in a fatal car crash involving a boy who had been released two days earlier from a detention centre.

19. Trained, competent staff for group homes and youth transition homes

The front line of care for youth at risk and youth with highly complex needs in New Brunswick is not the teachers, nurses, individual case-workers, or even parents. In cases of greatest need, the front line is the foster parents and the care-givers on shift in youth transition homes, in group homes, and, at times, in special care homes across the province. All measures recommended in this report will come to naught if the Province does not invest significantly in new training programs and professional development opportunities for these workers and volunteers. What is apparent from the individual case reviews conducted in this investigation is that these front-line workers can make a crucial difference in helping a child or youth manage his or her medication, in de-escalating a crisis, in accessing professional help. They can make a difference by knowing how and when to use any physical restraints, how and when not to and with whom, by knowing how to set limits and how to model desired conduct, how to listen and how to support a child or youth in need. On the other hand, taking the wrong approach with mentally ill children can have very negative results[8].

Contractual arrangements with staff must be reviewed, because staff whose job status is precarious tend to leave for workplaces that are more stable and offer permanent employment. I challenge the belief that New Brunswick is lacking the potential to develop a solid workforce with the necessary expertise to deal with these youths. In fact, we were surprised to learn that one of the main areas where Maine's Spurwink facility recruits its staff is in New Brunswick. They have assured us they have no difficulty in finding solid, competent staff in New Brunswick.

I recommend the province invest significantly in better training, clinical support and better wages for group home staff with demonstrated competencies.

20. A clinical framework as first responders

A strong clinical framework needs to be in place to help when a crisis arises. All too often, staff will call police, usually on weeknights or weekends, because they don't know how to de-escalate a situation and because they receive no help from supervisors on call. Behaviour management and setting limits and house rules are important, but effectively supporting youths emotionally should be the focus. We need to foster a nurturing and loving approach to service delivery across the system.

21. Improved funding to autism initiative and community autism centres

Another critical front line of support to children, youths, and their families are the community autism centres the province has recently helped establish in cities round the province. Considering the impact of the outreach services provided through these agencies, more should be done to support them. At the same time, their role could be expanded to cover a broader array of behaviours and disorders in children requiring

---

[8] Ross W. Greene, et al A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach Journal of Psychosomatic Research 55 (2003) 67– 75.

community interventions. This cannot come, however, at the cost of other aspects of the autism initiative, which is already critically under-funded because of the strong demand for early intervention services[9]. Early last fall departmental officials were already forecasting a 60% or $2.5 million shortfall in this program this year. It is recommended that Government renew its investment in the autism intervention strategy in a manner consistent with the needs identified, and that the proportion of funding directed to supporting the community autism centres in the province be increased and their role expanded[10]. The New Brunswick Government should seek assistance from the Government of Canada to cost-share its strategy in this regard, as recommended in the recent Senate report on autism families in crisis[11].

Research demonstrates that parents are the best and natural behaviour interventionists and that children and parents can benefit from parental training in dealing with autism spectrum disorders[12]. It is therefore also recommended that the Government consider re-directing its investment in training programs towards more broadly based training components, including on-line programs to assist parents, care-givers, field-workers, nurses, teachers and teacher assistants, as opposed to merely developing more autism support workers.

22. Continuity of care

One of the service goals we must start striving towards in social services, health services, and educational services for youth-at-risk and children and youth with highly complex needs is to maintain continuity of care whenever possible. Most of the cases studied in this investigation reveal how difficult it is for these children to handle transitions and

---

[9] Our goal should not be to provide ABA therapy to every parent with an autistic child who wants it, but rather to have an array of community-based intervention programs that are adaptable to the several needs that exist in the community. Some experts have sounded a caution regarding parents who may view ABA or IBI therapy as a panacea: Schoen, Alexis A. *What Potential Does the Applied Behavioural Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism?* 2003 Journal of Instructional Psychology Vol. 30 No. 2.

[10] As to the growth in needs, research has shown that, in the U.S., schools are reporting a 800% increase in the rate of diagnosis of autism between 1992 and 2005: Stahmer, A.C., Collings, N.M., and Palinkas, L.A. *Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers* Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, volume 20, number 2, summer 2005 pages 66–79; A recent World Bank Symposium reported, for its part, that early intervention was a critical path of investment for social planning efforts in response to these needs: Mustard, J.F., *Early Child Development and Experience-based Brain Development - The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World* Canadian Institute for Advanced Research, February, 2006.

[11] Senate of Canada, The Standing Committee on Social Affairs Science and Technology Final Report on the Enquiry on the Funding for the Treatment of Autism: Pay Now or Pay Later – Autism Families in Crisis, Hon. Art Eggleton, Chair, March 2007.

[12] Stathopulu E, Zwi M, York A. Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD004255. DOI: 10.1002/14651858.CD004255.

adapt to changes. Whether changes are made in their home environment, at school, in care providers, or in medications, all of these transitions present significant challenges, much more so than for the average student, or the average student with special needs. Beyond these challenges in managing transitions, our investigation suggests that what has the greatest potential for positive outcomes with these youths is the development, nurturing and modeling of lasting relationships. Developing and maintaining relationships with youths, between youths and their families, youths and their peers, and youths and their community mental health professionals is a critical component of successful intervention plans. This approach was evident in all the services provided to the residents my investigators visited at Spurwink. Officials there reminded us several times that: "We believe relationships make people grow." For Gabriel, William and Jacob, that growth is now underway.

If we decide in this province to make children and youths a priority, and provide the necessary political direction to that end, if we coordinate and integrate our efforts to support children and youth, and if we nurture community-based residential models, properly staffed and clinically supported, we will have come a long way. These investments will also pay dividends--in reduced demand on our courts, on our youth correctional services, and on our acute mental health treatment services (such as they are). However, these results should not be a happy by-product of our efforts. Government must, as a matter of public policy, make it a priority to provide continuity of care and promote the development of stable relationships around youth with mental health disorders.

Chapter 4 - De-criminalizing youth with mental health disorders: *Nicholas's story*

It is obvious from the preceding chapters that much of the investment in service integration and community-based residential care is proposed as an alternative to jail. Unfortunately, in many cases, NBYC is the only secure residential option currently available to youths with complex needs in this province. Of course, you have to be charged to get there. But often, as in many of the cases we have presented thus far, when these youth get big and strong enough, a criminal charge is just around the cornier. It is not that these young children and adolescents with mental health challenges are destined for a life of crime. It is, rather, that they often need to be kept safe from harming themselves or others for reasons that neither we nor they can easily control. Unfortunately, in New Brunswick currently, the local jail is often the only placement available.

No one whom I have spoken to during the course of this investigation has denied these sad facts. The investigation has not found a single defender of the status quo. Parents despair in disbelief that they have to stand by and watch their children commit a crime in order to get services for them, yet they admit to having done it. Public safety officials are the first to admit that they are not psychiatric nurses and are ill-equipped to deliver mental health services, but they recognize that they are duty-bound to provide services as best they can to the youths placed in their care by the youth criminal justice system. Judges have been saying from the bench for years that these children don't belong in

jails, but they keep sending them there because, when faced with an individual case, there is nothing else they can do.

As Child and Youth Advocate, I am reluctant to place any greater emphasis on one of the recommendations in this report over any other. In my view, many of the solutions proposed are critical elements of a plan to move the province forward on its agenda of making sure that children come first. However, as a starting point, it would be timely to draw a line in the sand and say that we are going to stop letting the youth criminal justice system pick up the pieces and be the stop-gap measure or solution to our historic failings in the area of child and youth mental health services. The reason for this priority emphasis is, of course, the magnitude of our error in allowing the current situation to go on for as long as it has. It is not merely a question of devising mental health solutions for mental health patients because, quite honestly, that makes more sense than treating them as criminals. The problem is that, when we make the youth criminal justice system our default solution for children with complex needs, we are deliberately placing young, vulnerable children directly in harm's way. The approach is so fundamentally contrary to Canadian values that the average Canadian would be amazed to learn that it happens as routinely as it does. The risks to the children concerned, children and youths like Jasmine, Gabriel, William and Jacob, are very real. The case that demonstrates this fact all too well is Nicholas's story.

Nicholas's story

> **"I have witnessed the phenomenon which I call the 'criminalization' of persons with mental illness. Although the causes for this tragic occurrence are many and complex, we as citizens and policy leaders have the responsibility to understand the reasons for, and the tragic consequences of, criminalization. We have the duty to make right a situation which no civilized society ought allow to occur."**
>
> **--Harold E. Shabo, Supervising Judge, Mental Health Departments, Superior Court of California, Los Angeles County, California, November 2001**

Nicholas is the second child of a family of four children. He was diagnosed with Asperger's Sydrome at a young age. Asperger's Syndrome is defined as follows:

> 'Individuals with AS can exhibit a variety of characteristics and the disorder can range from mild to severe. Persons with AS show marked deficiencies in social skills, have difficulties with transitions or changes and prefer sameness. They often have obsessive routines and may be preoccupied with a particular subject of interest. They have a great deal of difficulty reading nonverbal cues (body language) and very often the individual with AS has difficulty determining proper body space. Often overly sensitive to sounds, tastes, smells, and sights, the person with AS may prefer soft clothing, certain foods, and be bothered by sounds or lights no one else seems to hear or see. It's important to remember that the person with AS perceives the world very differently. Therefore, many behaviors that seem odd or unusual are due to those neurological differences and

not the result of intentional rudeness or bad behavior, and most certainly not the result of "improper parenting."

By definition, those with AS have a normal IQ and many individuals (although not all) exhibit exceptional skill or talent in a specific area. Because of their high degree of functionality and their naiveté, those with AS are often viewed as eccentric or odd and can easily become victims of teasing and bullying.'(OASIS)

Like many kids with Asperger's Syndrome, Nicholas was always very active and would rarely sleep for more than two hours at a time. According to his mother, Nicholas has been "exhausting to raise." When he was three, his mother consulted their family doctor because she felt something wasn't quite right. She was told not to worry, that he would grow out of it. She notes that Nicholas was always jumping, climbing and moving. He once broke his arm as a result of being extremely active, and showed a high threshold for pain. Around the age of eight, Nicholas would pull out his hair, teeth and nails, apparently feeling no pain. At an early age, he had a fascination with food, and the medication he had to take over the next few years to treat some of his behaviours promoted a significant weight gain. As of recently, Nicholas weighed about 400 pounds, which represents another challenge he has to deal with.

It was very clear from an early age that Nicholas had difficulty with over-stimulation. He became quickly aggressive if too much was going on around him. He's been known to react strongly to people talking to him and to thinking they were shouting when, in fact, they were not. He was also hypersensitive to tags on his clothes. He had a fixation about singing "O Canada" at any time of the day or night. He would memorize the phone book and license plate numbers, particularly of police cars and fire engines. He obsessed over details about machines and inventions and over certain words, like "Rubbermaid." He was very bright in reading and writing. Specialists recommended a specific approach with Nicholas: having a predictable routine, having a quiet place to go to wind down when he felt too much stimulation ("graceful exits"), breaking up his day so he could get less stimulation and more control, and reviewing rules and expectations before moving on to a new activity, because he cannot deal well with sudden changes.

Nicholas was seven and a half years old when his parents started requesting help from Family and Community Services. This marked the beginning of a long involvement with "the system." Nicholas was referred for an assessment to the Pierre Caissie Centre, a residential six-bed provincial facility in Moncton. The assessment, conducted over a three-day period, recommended that the local mental health team become involved with Nicholas and his family. The assessment notes: "...he is a child with long-standing temper tantrum difficulty and sensitivity to noise...it is possible that environmental stimuli lead and precipitate his temper tantrum."

His parents recall that from the moment Nicholas started school, he experienced bullying, particularly on the school bus. He would be teased and tormented by other kids. In turn, he would scream, threaten, and use foul language. From Grade One to Grade Three, there were behaviour problems in school. He performed above-average academically but needed to be kept busy all the time, lest he became disruptive. He had difficulty sitting through a 50-minute classroom period.

Nicholas had a tremendous capacity for learning. On the other hand, his social learning (boundaries, difference between what's appropriate and what's not, etc.) was very difficult for him and often got him into trouble. By the time he was in Grade Eight, he was on a modified school schedule. Over the next few years, he was never reintegrated into regular school, and missed a significant amount of time. What little education he received subsequently was outside the regular school system. Although assessed as having average to above-average intelligence, Nicholas has yet to complete high school.

In the early years, specialists were consulted and diagnoses made--fromTourette's Syndrome to ADHD, to Obsessive Compulsive Disorder, to Oppositional Defiant Disorder to Asperger's Syndrome. Medication was prescribed accordingly. The parents relate a story of changing specialists, therefore changing diagnoses, therefore changing medications. They became confused as to what they were supposed to look for behaviourally in their son and the care they were to provide for him. Like many parents of children and youths diagnosed with a mental illness, Nicholas's parents tried to navigate within the system as best they could. In the first years, they were, as any parents might be, quite ambivalent and, at times, opposed to medication regimens, imposed by specialists, that some people have called chemical straight jackets. Medication sometimes caused their son headaches and led to increased hyperactivity, aggressiveness and hypersensitivity. Specialists were already recommending a multi-disciplinary approach for Nicholas, i.e. medical, educational, mental health, and youth treatment.

Despite the involvement of many professionals, despite assessments and recommendations from experts, Nicholas' behaviour continued to be difficult to manage. This put tremendous strain on his parents and siblings. Notes on file reveal no shortage of professional involvement in this case. In fact, so many professionals were involved that, at times, it was difficult to set priorities over which services should be provided first. It appeared there was no coordinated approach to serving the family. When the parents voiced their opposition to involving yet another service, they were characterized as uncooperative.

A psychiatric evaluation of Nicholas when he was 13 states: "Gentleness is the better way to work with Nicholas, rather than anger. I do not think that he is a defiant child. I feel that he is inflexible based on the diagnosis of Asperger's Disorder rather than on him being a 'bad kid'." Despite this evaluation, Nicholas was eventually moved from group home to group home and frequently sent to the local RCMP lock-up when crisis interventions by group home staff failed.

Another psychiatric assessment recommended that he be put in a small-size class because he was easily distracted. It was also noted in his file that, in school, Nicholas could help other children with computer programming because he was good at it. Indeed, Nicholas has said many times over the years that computer programming is what he would like to do.

When Nicholas was 14, allegations were made that he had exposed himself to children. The parents felt that, by reporting this to FCS, Nicholas would receive the services he needed. Much to their surprise, he was criminally charged. Since there were younger siblings at home, Nicholas was taken into protective care. According to his parents, their understanding was that they either agreed to a placement outside their home for Nicholas, or FCS would place their three other children in protective care. This, according to the parents, marked the beginning of Nicholas's journey through the system, with significant negative effects on their son.

From the outset, Nicholas' group home and foster care placements did not go well. There was much confrontational behaviour, many threats to others, and significant property damage. The police were called on numerous occasions, particularly when staff felt they could not restrain or handle Nicholas. Because of his increasingly imposing size, staff felt their physical safety was at risk. Since Nicholas had been diagnosed with Asperger's, his parents felt he needed a fixed and predictable routine and stability in his living arrangement. Staff at the group home were constantly changing, other residents came and went, approaches taken by staff were inconsistent, and there was a high level of noise, which often triggered aggressive behaviour in Nicholas. Moreover, there was no quiet place where Nicholas could go to calm down when he felt his emotional state escalating. Combined with the fact that he had difficulty controlling himself in a demanding emotional or social situation, Nicholas's placements were difficult at best.

His parents recall feeling anger and disappointment because they had hoped professionals could better meet their son's needs than they could. Very often, Nicholas's father was called by the group home to attend to the latest crisis until Nicholas was calmed down. To this day, they wonder if the situation might have been different if they had continued to care for their son, without involving social services.

Between July and November, 2003, Nicholas accumulated 16 charges of assault, property damage, and breach of probation. Reviewing notes from the placements, the reader is struck by the obvious helplessness felt by staff in dealing with Nicholas. Recommendations by some professionals for occupational therapy, social skills training, and anger management never materialized. One difficulty in providing services to Nicholas was the fact that he was constantly being moved from one place to another. Therapists and intervention plans were continuously disrupted, put on hold, or permanently discontinued because of this.

A series of placements in FCS group homes, at home with his parents, at the Child and Adolescent Psychiatric Unit of the Moncton Hospital, and at NBYC (even frequent moves within NBYC) began for Nicholas. Twice the police "tasered" him. (Police use a taser gun to immobilize an individual. The gun releases two barbed fish hooks that shoot thousands of volts into the body.)

After Nicholas misbehaved one night in September, 2003, when he was 15 years of age, the local police detachment was called. He was put in a holding cell for the night and was sexually abused by the guard. Over the next few months, whenever he was returned to the

holding cell, the same guard sexually molested him. Nicholas later disclosed this abuse, and the guard was charged. The guard pleaded guilty and was sentenced to jail time.

Nicholas's situation can be tracked in the files as follows: he would stay at a group home for a period of weeks, would then have a conflict with another resident, (sometimes for an incident as minor as the other resident calling Nicholas names), Nicholas would get upset, the situation would escalate until he assaulted the other resident, and the police would be called to help control Nicholas. Often, the police took him in, and he would end up back at the New Brunswick Youth Centre. When he returned to the group home, new residents would be living there. The situation was chaotic. His behaviour would become progressively more difficult, turning into more assaults, followed by other charges and another transfer to the New Brunswick Youth Centre. Staff wrote that they could see the escalation in Nicholas if no appropriate intervention were put in place: "Redirecting him in terms of crisis such as going to his room or going for a walk sometimes helps, although ongoing commotion or noises or arguments with other youth will cause a snowball effect and then he would end up having a behavioural episode." Following such a "behavioural episode," Nicholas was usually charged and sent to NBYC. Staff at NBYC have documented the fact that they do not think Nicholas's needs are being appropriately met in a youth jail, and that they do not feel equipped to deal with a youth with Asperger's Disorder. From December, 2004, to December, 2005, Nicholas had six placements. With so much instability in Nicholas's life and place of residency, it is easy to understand how continuity in his treatment was difficult to maintain.

It is also important to note the challenge facing the staff in group homes as well as the staff at the New Brunswick Youth Centre. Nicholas has bitten, kicked and assaulted staff. He has done significant property damage, pulling doors out, breaking windows, punching holes in the walls, pulling out a toilet. As he got older, the challenge became increasingly severe as his weight and strength dramatically increased. It is undisputed that the youths we have met through this systemic review present significant challenges for the professionals caring for them. In fact, they have challenged every system available to them in this province. When reviewing the case notes and correspondence among staff within FCS, one is struck by the concerns of front line staff about the lack of successful intervention for these youths.

On December 9, 2003, Nicholas, still 15, appeared in Provincial Court, where Judge Henrik Tonning refused to send him to jail. The judge said criminal court was not the place to send youths presenting behavioural problems. In his opinion, to continue the shuffling around between group homes without addressing the root of the behaviour problems was creating a "revolving door" situation. Judge Tonning said: "You put him in an inappropriate environment and he reacted the way we would expect him to react....It's pretty hard to suggest it's criminal in nature."[13]

I agree with the Court's assessment. Regrettably, the point may have been lost upon Nicholas when at 15 years of age, he was escorted to a court-ordered assessment in leg

[13] As reported in the Telegraph Journal, Dec. 10, 2003

shackles. Recent studies by child welfare specialists in Canada decry the high rate of incarceration of mental health youth in Canada:

> Youth custody facilities are filled primarily with marginalized youth, including Aboriginals, the poor, and the disabled. It is estimated that up to 75 percent of the children in custody have some form of disability. The [*Youth Criminal Justice Act*] lacks provisions that specifically address the importance of accommodating the special health or other needs of a young person in custody or under supervision.[14]

Other New Brunswick judges have recently lamented this same situation: "Jails have become de facto mental institutions....[G]overnment needs to put more resources in place so mentally ill people get the treatment they need and aren't left to be dealt with by the justice system."[15]

That we should care so little, as a society, about the impact and outcomes of our approach to mental health services and the way we treat people with mental health disabilities is a shame. That we treat children and young people with disabilities with the same lack of concern is doubly shameful.

At a case conference on December 14, 2005, when Nicholas was 17, his parents made it clear that they felt their only option was to bring their son home. What FCS was offering could be done only if they relinquished their parental rights. FCS did not feel they could offer the level of service Nicholas needed to remain with his family and in his community. The parents were not prepared to relinquish their parental rights and thought it unreasonable to be asked to cede permanent guardianship to the minister. Finally, an agreement was reached to extend the custody agreement already in place instead of going for a guardianship order.

In March, 2006, Nicholas appeared in front of the Youth Court for charges related to his behaviour while at NBYC and Moncton Youth Residences. Nicholas then had 38 offences on his youth record. Moncton Youth Residences were unable to take him back because they felt he was a danger to other residents in the home. In a psychiatric report assessing Nicholas's ability to stand trial, the psychiatrist wrote: "Precipitants of behavioural episodes mostly appear due to his difficulty to tolerate changes in routine, difficulty to tolerate noises or commotion." At 17, Nicholas had described his situation to a psychiatrist, who wrote: "...the loud noises or commotion while other youths are having a crisis at the group home or calling him names, makes him agitated, nervous and angry. He sometimes tries to control this and goes to his room. If these things continue or if there is a change in his routine or conflicting instructions from staff, he feels confused, anxious and ends up having an episode of aggression where he would punch the wall or destroy his room. . . .[H]e feels quite upset about these episodes which keep on happening and cause him to go back to NBYC." A report from a psychiatrist stating that Nicholas was responsible for his behaviour some of the time was submitted to the court. Nicholas was ordered to be held at the Restigouche Hospital Center, with an adult

---

[14] Children's Rights in Canada: A Question of Commitment, 2007, p. 168

[15] Judge Irwin Lampert as quoted in the Moncton Times and Transcript on April 24, 2007.

population, for a period of 45 days, or until the Mental Health Review Board could meet with him.

Nicholas later described to his social worker what his life was like at the RHC. The worker wrote: "...[H]is day usually consists of getting up in the morning, getting breakfast, taking meds, sleeping, having dinner, sleeping, then waiting for supper. He stated that he does not like to watch TV and that there is not much else to do."

Although at 17 Nicholas still had the right to educational services from the Province of New Brunswick, he received none during this period. He believed he had been "permanently suspended" by two different school boards for his behaviour.

On June 7, 2006, Nicholas appeared in front of the Mental Health Review Board. His new psychiatrist expressed some reservations about his diagnosis of Asperger's. The board ordered Nicholas to stay at RHC and scheduled another review in 12 months. This would give FCS time to plan an appropriate placement. During our investigation, RHC staff have also said that their facility was not the right place for Nicholas.

At his next review, 12 months later, it was acknowledged that Nicholas had made improvements to his behaviour. But it was found that he still represented a threat to public safety and should therefore remain at RHC. In October, 2007, FCS closed his child protection file because he had turned 19. Nicholas currently is working towards completing his high school diploma and he hopes one day to move into a community placement.

* * *

Decriminalizing youth with mental health disorders is a matter that Government must urgently address. One response would be for the judiciary to order placements that are more appropriate. A straightforward refusal by judges to criminalize this type of conduct or even to engage the alternative processes under the *Youth Criminal Justice Act*, as some judges have begun to do, is a salutary first step. These children need clinical treatment and interventions, not restorative justice, community service orders and sentencing circles. However, one wonders whether the criminal defense bar has raised, in the appropriate forum, the wisdom and constitutionality of these types of proceedings. Is the criminalization of mental health misconduct by our youth consistent with the Charter of Rights and Freedom's guarantees of equality, of life, liberty and security of the person, and of its various legal rights of due process? To protect the rights of children and youths unjustly accused, can the courts not order effective remedies for these children and the communities where they live so as to avoid a repetition of the problems that brought about the criminal charges in the first place? It would indeed be a welcome development if our courts took some initiative and ordered meaningful solutions by way of example in appropriate cases. The *Youth Criminal Justice Act* encourages judges to take proactive steps to move youths generally away from criminal justice processes and explore

alternatives. Youths with mental health problems and behavioural disorders deserve no less.

The real problem, of course, is that the criminal justice system is filling the gap where our mental health system and child welfare systems have faltered. Judges may declare the law inoperable where it fails to conform to our constitution, but they are not legislators. My general recommendations under this rubric are therefore aimed primarily at the Legislative Assembly, the Department of Health and the regional health authorities and only subsidiarily at our courts and our public safety system.

23. Engaging regional health authorities as sponsors of change

It is difficult to say whether the recent devolution of mental health services from central government to the regional health authorities will improve matters, or whether it will cause further disparity in services. The advantage of this development is that it should facilitate the integration of services and the development of functional teams from mental health care providers, the health care system in general, and partners at the local and regional level, such as school districts, regional social services offices and other community partners. It is recommended, however, that the minister responsible for the coordination of services to children and youth take measures to ensure the participation of all regional health authorities in the service integration efforts undertaken, as they will be lynchpin participants in this process.

24. *Regionalised child and adolescent psychiatric and mental health services*

One of the key components of reform is to increase the capacity of our hospital system to manage the acute care needs of children and youths with complex needs. Currently, the only hospital in the province with a dedicated child and adolescent psychiatric unit is the Moncton Hospital, which has a total capacity of six beds. Children with acute care needs in other parts of the province have to be transferred to Moncton (if beds are available) or discharged to their parent's care, as they cannot be admitted to the adult psychiatric wings of other hospitals for their own security, and often cannot be treated safely in pediatric wards and may pose an unacceptable risk to other children there. However, sending a psychotic youth back to his or her family's care after a serious assault or other traumatic incident at home is often unacceptable. All too often, youths with acute mental health care needs in New Brunswick are confronted with the problem of having no place to go for treatment. For example: it is surprising that, in a city the size of Fredericton, with a regional hospital serving one of the largest populations in the province, no dedicated child and adolescent psychiatry unit is available. In Miramichi, the hospital's staff psychiatrists provide services to youth at the New Brunswick Youth Centre, but, although the custodial population there is known to have a very high incidence of mental health disorders, the regional hospital has no secure unit to treat child and adolescent psychiatric patients. In Campbellton, the Restigouche Hospital Center is an adult facility, but New Brunswick youths with mental health problems are sometimes placed there for observation, assessment or temporary residence owing to the lack of facilities elsewhere; surprisingly, this institution also has no dedicated program or unit to treat this particular

mental health population, and the children and youths are mixed with various adult populations, or, worse still, they are simply turned away.

It is recommended that the Department of Health, the minister responsible for coordination of services to children and youth, and the regional health authorities develop a phased plan to establish child and adolescent psychiatric treatment services in each regional health authority.

25. Making regional health authorities accountable for post-discharge care

It may be that not all the beds would be used at all times, and, of course, the scarcity of resources is such in the hospital setting that there may be significant pressure to close unused beds, or to discharge mentally ill children and youths as early as possible. Increased responsibility of the regional health authorities for the post-discharge care of these patients may be the best means of ensuring them the guaranteed access and continuity of care that they deserve, given their vulnerability and disenfranchisement. Notwithstanding the general need to rationalize expenditures in the health care sector, and notwithstanding the dangers of increased dependence on institutional care, it is preferable, when a child with pressing mental health disorders is in crisis, to offer clinical care and supervision in a hospital setting, rather than send the child to jail or to secured detention in a youth correctional facility.

26. Designation of facilities as approved observation sites under the Criminal Code

When an adult is charged with a criminal offense and his lawyer requests, or the court orders an assessment, the accused is not sent to jail for the assessment. That however often happens with youth in this province. Judges send children charged under the YCJA to NBYC for assessment purposes, because there is no other designated hospital facility available where the assessment can be done. In the design and development of these regional facilities, care should be taken to meet the appropriate standards so that the institutions where the units are located can be recognized as a hospital within the meaning of the *Criminal Code of Canada* and designated by the Minister of Health as hospitals for assessment purposes under the *Code*.

27. Recruitment and retention of mental health professionals

Establishment of this regional capacity to offer child and adolescent psychiatric services throughout the regional health authorities will necessarily require, in some cases, dedicated efforts to recruit and retain child and adolescent psychiatrists and other specialized health care professionals. We noted through our investigation that few psychiatry departments in the province have experienced, specialized staff to serve this patient group. The specialized child and adolescent psychiatrists in the province tend to have been recently trained and recruited out of province early in their careers. It is recommended that the Department of Health and the regional health authorities collaborate to ensure that we can retain qualified and experienced child and adolescent

psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals and that the staff recruited have adequate incentive to commit to work in this province over the long term.

28. Support research into drug treatment of children and youths with mental health disorders

I have been following with interest for several years the public debate in this province with respect to the alleged over-prescription of Ritalin. Parents of youths profiled in this report routinely held the view that their children were victimized through the trial and error approach to drug therapy recommended by their psychiatrists. In several cases, they had serious concerns about the significant side-effects of certain drugs, particularly in relation to weight gain and mood swings, and they expressed the need for assistance for youths and their families in managing these risks. It is recommended that the provincial centre of excellence for children and youths with highly complex needs develop partnerships within the province and with national research agencies and funding partners to support research that will help advance our knowledge of the benefits and risks associated with psychotropic drug therapy for our children, and regarding its prevalence in our society as compared to counseling, psychological therapy and other interventions[16]. There has been great interest in the last 10 years in multi-systemic therapeutic approaches in treating severely conduct-disordered youth[17]. It is suggested that the Province may gain from investing more resources in these latter approaches, although admittedly more research is required.

29. Implementing effective drug prescription practices in all youth placements

Another damaging complaint registered by parents was the inability of care providers in residential care settings, particularly in custodial settings such as NBYC, but also in

---

[16] Early studies regarding pharmacological versus behavioural treatment of ADHD suggest, however, that drug therapy used alone has consistently better results: Green R.W. and Ablon J.S. *What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD?* Journal of Clinical Child Psychology 2001, Vol. 30, No. 1, 114–121

[17] Littell JH, Popa M, Forsythe B. *Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.

> Multisystemic Therapy (MST) is a multi-faceted, short-term, home- and community-based intervention for families of youth with severe psychosocial and behavioral problems. Based on social ecological and family systems theories, and on research on the causes and correlates of serious antisocial behavior in youth (Henggeler 1998, Henggeler 2002a), MST is designed to address complex psychosocial problems and provide alternatives to out-of-home placement of children and youth.
>
> ...
>
> As described by its developers (Henggeler 1998), MST uses a 'family preservation service delivery model' that provides time-limited services (4 to 6 months) to the entire family. Treatment teams consist of professional therapists and crisis caseworkers, who are supervised by clinical psychologists or psychiatrists. Therapists are mental health professionals with masters or doctoral degrees; they have small caseloads and are available to program participants 24 hours a day, seven days a week. Treatment is individualized to address specific needs of youth and families, and includes work with other social systems including schools and peer groups (hence, the name multisystemic). Treatment may focus on cognitive and/or behavioral change, communication skills, parenting skills, family relations, peer relations, school performance, and/or social networks.

residential care facilities, to help children and youths stick with their medication regime. In a hospital setting, the clinical staff has the option of providing non-consensual drug treatment if, for instance, it is the physician's opinion that it is necessary to do so when a patient is having a psychotic episode. However, the clinical staff we spoke to in hospitals indicated that it was hardly ever necessary to force a patient to take his or her medicine, since the patient can almost always be brought around to do so voluntarily. In contrast, when we asked public safety officials to explain why parents were complaining to us that children placed at NBYC had fallen off their meds, the investigators were told that NBYC has no authority to "form 1" an individual as a doctor might in hospital, that the courts severely limited the custodians right to force children to take their meds, and that all too often, in the opinion of custodial staff, correctional residents transferred from a hospital setting were on such a cocktail of prescription drugs that they were barely communicative.

It is recommended that NBYC revise its practices and, in consultation with provincial mental health services, implement policies for the pharmacological treatment of residents on a prescribed psychotropic drug therapy program that will ensure that youths in custody under a medication regime are able to follow it in accordance with their doctor's advice. It is further recommended that the Department of Health, regional health authorities and the minister responsible for coordination of child and youth services, develop a strategy in consultation with all stakeholders to ensure that effective drug prescription practices are implemented in all child and youth residential placement settings.

30. Shackling, handcuffing and strip-searching of children and youths with mental health disorders

It is recommended that the New Brunswick Youth Centre immediately suspend the practice of shackling, handcuffing and strip-searching children and youths with serious mental health conditions and the protocol requiring the video-taping of this process. It is further recommended that the Department of Public Safety and the Department of Justice consult with the Department of Health and the minister responsible for the coordination of child and youth services to establish new protocols and guidelines for the safe transportation, detention or isolation of children and youths with serious mental health conditions, and for children and youths generally, when they are placed in the care of the Department of Justice or Youth Correctional Services.

31. Education and promotion to prevent abuse of vulnerable youths in custody

It is recommended that the Department of Public Safety should devise an educational program aimed at youths in custody and their care-givers about their rights while in custody, and the procedures to follow when they believe their rights have been violated. All correctional staff should be trained with respect to advising youths regarding the recourses available to them. This should be done in consultation with the minister responsible for coordination of child and youth services and jointly with the Office of the Child and Youth Advocate. This is necessary to ensure that the rights of youths, and

particularly vulnerable youths, are protected from the possibility of abuse and have available to them all avenues for redress.

32. Ending the co-location of adult and youth populations at NBYC

When I referred above to the danger of placing vulnerable youths directly in harm's way, I, of course, had in mind the terrible abuse that Nicholas suffered at the hands of his jailor. But there are many risks present in a correctional facility despite our best precautions. One area where child advocates have been successful has been in promoting, as an international legal principle,[18] the standard that adult and youth correctional populations should not be mixed. Notwithstanding these requirements, owing to the overpopulation of our adult correctional facilities in New Brunswick, the New Brunswick Youth Centre now houses adult offenders on a regular basis, at times, more adults than young offenders. They are kept in separate cottages, and strict protocols are in place to avoid any mixing of these two correctional populations. In my view, this is not enough. Many studies have demonstrated the increased risk of delinquency and re-offending which occurs when young offenders are mixed with adult offender populations.[19] The current practice in New Brunswick is an affront to the promise of proactive measures and to the philosophy of care that was meant to permeate the NBYC. It is recommended that the minister of child and youth services and the Minister of Public Safety develop short-term and long-term plans to put an end to the placement of adult offenders in the provincial facility designed for young offenders.

33. Alternative measures for youth-at-risk and youths with highly complex needs

Everyone in the youth criminal justice system has assured us of a professional commitment to take young offender legislation at face value and to explore meaningfully all possibilities to divert youth-at-risk from the criminal justice and correctional system. It is difficult however to reconcile the outcomes in the cases we have reviewed in this investigation with that stated commitment or with the provisions of the *Youth Criminal Justice Act*, subsection 39(5) which state that: "a youth justice court shall not use custody as a substitute for appropriate child protection mental health or other social measures". We have the principles down pat. We're not doing a good job however of putting them into practice. Regarding "other social measures" not everyone is as adept as the next person at thinking outside the box. One of the experts whom we met was relating her experience with diversion practices in Ontario and remembered asking a judge about a promising, but errant, youth: "But, seriously, Judge, couldn't you just sentence him to hockey"?

---

[18] ***Convention on the Rights of the Child*** adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989, Article 37. See also the Senate Standing Committee's report Children: the Silenced Citizens, April 26, 2007, Recommendation 8.

[19] Petrosino A,Turpin-Petrosino C,Buehler J. "Scared Straight\ and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002796. DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

Regarding youths with complex needs, the mental health court in Saint John has had some success in diverting youths with mental health issues from the traditional judicial-correctional system. It would be beneficial for these alternative court processes to be available more broadly throughout the province and designed with the particular needs and challenges of youth in mind. As for youths sentenced to NBYC, it is recommended that the Department of Public Safety review its policy with respect to institutional charges to assess the effectiveness of such charges upon individual youth in their care.

It is recommended that the minister responsible for child and youth services establish, with appointed representatives from the judiciary, the Department of Justice, the Department of Health and the Department of Public Safety, a task force to review alternative measures currently in use within the justice system and to extend the adoption of identified best practices to divert youth-at-risk and youths with highly complex needs from the criminal justice system. Specifically, this group should review, following recommendations from the current Legal Aid Review, means of improving the legal representation of youth in all instances, and develop a pilot project for a youth mental health court based on the Saint John mental health court project.

Chapter 5 - Tailoring educational services for youth with complex needs: *Benjamin's story*

Every story should have a happy ending, and our investigation had its silver lining, too. Benjamin's story also began with a search for an appropriate residential placement. While we were able to convince departmental officials of the need for a placement outside the province, the facility in Nova Scotia that we identified as appropriate gave preference to residents of that province. Accordingly, its officials eventually turned down the recommended placement. As it turned out, this was a good outcome, because it forced intervention team members in this youth's hometown to devise a made-in-New Brunswick solution that was supportive of the child's family, was multi-disciplinary, and proved that, where the will exists, service integration can work very well and deliver benefits to the child.

Not all the cases reviewed in this investigation, however, have such positive educational outcomes. For the most part, our investigation has confirmed that youth-at-risk are very often marginalized by the educational system, and that youths with the most complex needs usually fall off the radar of educational services in this province. As the only government department whose primary focus is children and youth, the Department of Education, and our public school system, can play a very meaningful leadership role in making the province a place where children come first. The Government's response to the Mackay Report underscores its commitment to this focus on child welfare and the equal right of every child to an education through our public school system. In our view, however, fulfilling this commitment to equality in education requires something more than a one-size-fits-all approach; it requires recognition that, in some cases, mainstreaming is not an appropriate short-term or mid-term solution. Specialized

educational services for children with highly complex needs are very costly, whether in the classroom or outside the school setting, but they must be delivered in every case, and renewed efforts are needed to make sure that these very challenging cases are not abandoned by the formal educational system. Proper investment in educational services, in an integrated service delivery setting, is the best means of ensuring that children with complex needs can also reach their full potential and thereby minimize cost consequences to the province down the line. Benjamin's story makes this point very well.

Benjamin's story

"People, not programs, change people." Dr. Bruce Perry, Child Psychiatrist

When Benjamin's mother became pregnant with him, she and her husband couldn't have been happier. Perhaps every parent feels this way, but, for this couple, the news was even greater. Having dealt with infertility for years, this baby was their "one-time baby".

Beginning with when he was a baby, Benjamin was very active and needed close supervision. ADHD was suspected. By Grade One, he was on Ritalin, and then Dexadrin. By the time he reached Grade Three, he was taking antidepressants for migraines. This, according to his mother, changed him. He began to have outbursts, and would scream and stay awake at night. His parents felt the neurologist treating him didn't believe their descriptions of his behaviour were accurate. Whenever they expressed concerns about their young son being on antidepressants, he suggested that, if they didn't agree with the medication, they should not give it to him. Knowing the kinds of behaviour this would trigger, the parents were at a loss to help their son. The neurologist also told them Benjamin's behaviour was learned, and he blamed their poor parenting skills. This began the family's visits from one doctor to the next, to pediatricians, psychiatrists, and general practitioners, each of whom offered a different diagnosis and prescribed different medication regimens.

When Benjamin started exhibiting difficult behaviours in Grade Three, the school assigned an interventionist to his classroom. The role of such a person is to observe the child in the classroom and to give suggestions to the teacher on how to handle the child's behaviour. The interventionist can also remove the child from the classroom if he or she is too disruptive. This allows the teacher to continue with the rest of the group, and the worker to do some one-on-one work with the child. Involving an interventionist is meant to be a short-term measure, the goal being quickly to restore the situation. In Benjamin's case, the interventionist taught him techniques to calm himself when he felt pressure building inside him. He taught him the different "me's"—the loud "me," the quiet "me," etc.—and how to identify which "me" he was at, and how to get himself to a different "me." By the end of the year, Benjamin was doing well and passed his grade with no difficulties.

Grade Four, with Benjamin now nine years old, turned out to be more difficult. He had different interventionists in his classroom, but by now his illness had surfaced dramatically. His behaviour had become so erratic that, according to the school, he was

"totally disruptive to the whole building." He cried, yelled, lay down in the middle of the classroom, left the classroom, sometimes left the school entirely. . Whenever they were unable to manage his behaviour, the staff put him in a room by himself, where he was left to scream for up to two hours before his parents were called. At times, the school used a closet/storage room for this purpose—the staff didn't know what else to do with him. The school principal admitted to screaming back at Benjamin once and suggested this was what Benjamin needed, since it stopped the screaming. The child's mother was horrified: her view was that Benjamin had stopped screaming because he was petrified, not because this was a "good technique" to use with him.

It was obvious that no one understood what Benjamin's behaviour meant. A psychiatrist recommended that he go to school only three hours a day, because a full day appeared to be more than he could handle. The school wanted to transfer nine-year-old Benjamin to the Learning Centre, a place mostly for teenagers who couldn't cope, or who were in trouble with the law. The parents vehemently opposed this idea.

They were desperate for help. Some professionals were beginning to talk about early-onset bipolar disorder. Visits and stays at IWK became more frequent. Because this facility is located in Nova Scotia, managing Benjamin's case in emergency situations at home became difficult.

One morning, while Benjamin was in Grade Four, his parents received a call asking them to come to the school immediately. When they arrived, the classroom had been evacuated. Benjamin was standing in front of the blackboard writing the same numbers over and over. He was incoherent and having a psychotic episode. The parents picked him up and carried him outside. On the way out the door, the mother was told she needed to be back by two o'clock for a meeting to discuss Benjamin's behaviour. The parents took Benjamin to an emergency room, and he was promptly admitted to hospital. Although both parents were beside themselves with worry and horror, Benjamin's mother returned to the school for the meeting. She met with the school psychologist and insisted she and her husband did not want Benjamin penalized and removed from the school. The psychologist supported her position and told the staff they needed to keep Benjamin in school.

In December of that year, Benjamin was diagnosed with bipolar disorder. He was hospitalized until the following February. After his discharge, the treating psychiatrist, convinced Benjamin's bipolarity was an isolated episode, weaned him off his medication. In March, Benjamin was back in school. He lasted only two weeks before having another major episode. His new psychiatrist put him back on his medication, which stabilized his behaviour. The school, feeling not equipped to deal with the boy, told the parents he did not belong there. The parents insisted and tried to bring Benjamin back. His mother returned to his class, Benjamin in tow, in the hopes of being able to reintegrate him. Ben was so scared that he hid in the corner of the classroom during the whole visit. The parents, feeling tired of fighting and emotionally depleted, finally gave in and enrolled their son at the Learning Centre.

Benjamin has a mental illness. He is of normal intelligence. As a matter of fact, he has always performed well academically. Each time he missed a lot of school, he caught up in no time on his return and passed each grade without great difficulty. Consequently, he understood how his behaviour appeared to his classmates. He had no friends and always thought the other kids hated him. Not once when he was away from school for long periods of time, and usually hospitalized, did his classmates make a card for him or send him get-well wishes. He knew this was unusual because other kids in his class had been ill, and the whole class made cards. When he was in school but had been put out into the hallway, one staff member told his mother she would come along and give him a hug to reassure him. She was instructed to stop doing that, because he might think this attention was a reward for having a temper tantrum. Not surprisingly, his family felt there was no understanding about Benjamin's mental illness and were very hurt by the rejection of him.

For these reasons, his parents decided they would try a new school for Grade Five. At this school, Benjamin went for two hours in the morning, came home for a rest, and then attended the Learning Centre for two hours. He did very well until March. He struggled for the rest of the year, but again managed to pass.

In Grade Six, his parents enrolled him in middle school. Because he now had a formal diagnosis, he had a full-time teacher's assistant. He had a wonderful teacher, who happened to have two brothers with bipolar disorder. She was very accepting of Benjamin, and she was instrumental in educating all those working with Benjamin about bipolarity. Benjamin got sick for a short time but, all in all, had a great year.

Grade Seven progressed along until the following spring. By this time, Benjamin had tripled his weight (partly due to medication). The mental health nurse and the parents felt something was "brewing" with Benjamin. One day, when he and his mother were visiting the nurse at her office, he had a major crisis and severely assaulted his mother. He was taken to the hospital by ambulance, but, according to his mother, there was ambivalence about admitting him, partly because of a question of where to put him in the hospital. Should he go to pediatrics (after all, he was still a child), or should he, because of his violent behaviour, be placed in a psychiatric bed (with adults). Eventually, he was admitted to pediatrics, where he remained for two weeks. Although under supervision, he managed on one occasion to get out on the roof-top playground, where he climbed the plexiglass wall, planning to jump because he thought he could fly. A nurse rescued him just in time. He was discharged to home and parents who were extremely worried about how they would manage his behaviour. Because staff at this school understood what bipolar disorder was, he received drawings and get-well wishes from his classmates. When he came home, some of them even visited. Benjamin commented to his mother, "You know what, Mom? I think they like me."

The mental health nurse and the parents were trying to put together a team to work with, and support, Benjamin and the family. The visits from one specialist to another continued (one of the issues was the turnover rate of these specialists, in some cases staying in N.B.

only a few months). So far, the Department of Family and Community Services had refused to become involved.

In the fall of 2005, when Benjamin was 13 and in Grade Eight, he had another violent outburst. The mother locked herself in the bathroom to ensure her physical safety. She called the emergency after-hours service at FCS. By the time, the call was returned, several hours later, Benjamin had calmed down. The social worker advised the mother to call the police next time. It was becoming clear that a different kind of treatment plan was necessary to meet Benjamin's needs, and ensure his and his parents' personal safety. FCS opened a child protection file on the family.

Feeling they had no choice, the parents once again turned to IWK. They were convinced at this point that their son needed specialized treatment, which was beyond their capacity to provide. Since the parents could not get services in New Brunswick, they were ready to move to Halifax for the sole purpose of getting their son the care he needed. In the next few months, three referrals were made to specialized programs. Benjamin was rejected in all three because it was felt he did not meet eligibility criteria.

By this time, the Office of the Ombudsman had become involved in the case. At the same time, and as a result of this prompting, FCS asked its local office in Benjamin's area to provide services to the family. Since the family did not meet eligibility criteria for a child in need of protection (his parents refused to turn over guardianship of their son to FCS), the only option was for the family to be given services under the Community-Based Services for Special Needs Program (although Benjamin did not, and still doesn't, meet eligibility criteria for this program either). While a search for a placement was still under way, the mental health nurse, the social worker from FCS, and the parents struggled to develop a plan to help Benjamin while keeping everyone safe.

Benjamin was too ill to go back to school until January, 2006. His Grade Eight teacher was very supportive and helped build him up to full-time classes, with the help of a full-time teacher's assistant.

On the home front, a human resource counselor was hired to stay with Benjamin four hours a day, five days a week. The structure, social skills and anger management training provided by the human resource counselor helped stabilize the situation. The parents recruited a family to provide respite care one weekend a month, paid for by FCS. It also appeared that the right balance of medication had been found. For the first time in years, the parents felt that, with all the professionals involved, perhaps they could keep Benjamin at home and manage his illness. Those professionals, meanwhile, came to the conclusion that, because of a lack of specialized resources to serve this boy, they had put in place a "team" that might have been what was needed, at least for the time being.

The next step for Benjamin was high school. His parents and his psychiatrist wanted to hold him back in Grade Eight to allow him fully to catch up. The school was pushing to move him on to Grade Nine. When he visited his psychiatrist in June, everyone was so impressed by how well he had done academically that they agreed he needed to move on.

In September 2006, Benjamin started high school. He had a full time teacher's assistant. According to his mother, he still has no friends. "It's a small town" she says, "word spreads quickly. He can't get a break." This is one of the most difficult parts for Benjamin and his parents.

In the fall of 2006, Benjamin had a relapse. However, all the support systems put in place by the mental health nurse and the special needs social worker carried him and his family through this crisis. He continued his schooling with a full-time teachers' assistant, and, at Christmas, he visited Disneyland with his parents for one week, without any difficulty.

In September, 2007, he started Grade Ten and is doing very well. Because of his mental illness, Benjamin has tremors, and, as a consequence, his handwriting is unstable. The parents, school, and district have been advocating for a laptop for Benjamin to write literacy and provincial tests, but the Department of Education has refused this request many times, allegedly because it is not policy. The school has been accommodating to Benjamin, giving him a little extra time on tests, and allowing him to go into a private room to write them. Benjamin is also allowed to dictate his answers, and an adult writes them out on paper. But everyone agrees that the use of a laptop would make things much easier. The school has also scheduled his core courses in the morning, when he is well rested and more receptive. Otherwise, he follows the same curriculum as others. Since the fall, Benjamin has been spending his lunch hour at school. He's been integrated into the cycling club, where a Grade Twelve student took him under his wing and assists him when they go out on rides. When asked what has worked for Benjamin in the education system, his mother replies, without hesitation, that having a supportive teacher's assistant has helped tremendously. When Benjamin gets behind on things, like copying notes off the board, the assistant will back him up, making sure he has all the information he needs. The communication with the parents has been excellent. They are informed of all the assignments, so there is continuity between the school and the home. The school insists that all of Benjamin's teachers be present at meetings. They are all willing to learn from the parents about how best to handle Benjamin. There is no competition between the adults in Benjamin's life, only cooperation and understanding. The parents are always only five minutes away when he becomes agitated, or when the staff find he needs extra support. When the school district is asked what makes this situation work, their collective response is: "A whole group of very concerned people coming together to work for Benjamin."

Benjamin would like to go to culinary school after he graduates and become a chef. He is already researching the best schools. His parents are convinced he will succeed.

After my staff met with the mental health nurse who works with the family, she wrote the following in a letter to my office:

> I believe that the success for Ben was that there was a commitment that agencies would work together to find innovative programming which actually cost significantly less financially than the initial plan for residential treatment, but, most importantly, kept Ben with the people who love him most and within his home community. I do not think we can even begin to know the cost emotionally, psychologically, and financially to a family

when they have to make the decision to send their child away for appropriate programming.

Perhaps what is most important is for us to start focusing more on client needs in a holistic manner and move away from "criteria" focused care. When we focus on satisfying criteria to access a program, we seem to work very hard to "exclude" individuals, leading to unnecessary pain, alienation, and suffering for those who struggle with a "difference" and their families. Ben's case may be an "exception" but maybe it should not be. In fact, I suspect that there may be a number of situations that would be identified as "exceptions" and in need of similarly creative and seamless services from a number of government agencies.

I know we acknowledged resources may need to be increased but I would suggest that it may be most important to change our orientation toward children and their needs, breaking down walls between agencies, and expecting creative activity and programming. Otherwise, plugging in more resources without the change in perspective seems unlikely to change very much.

A whole team has been built around this family to ensure Benjamin remains with his parents, in his community. His symptoms are under control most of the time, and he has made, and continues to make, great strides in many areas. Government officials say this service delivery model is the exception and suggest that perhaps it should remain an exception. I beg to differ.

I agree with the mental health nurse's assessment of this situation: this service delivery model is creative, child-centered, and goes beyond program criteria. It has challenged different departments and professionals to work together. It has supported the primary and most important players in the scenario, Benjamin's parents, so that they could fulfill their parental responsibility towards their son. Each department has gone beyond its respective "program eligibility requirements" to service this family and has made it work. The departments must be commended for that. I believe every family with a child or youth presenting some of the same challenges as Benjamin and the other youths described in this report deserve the same level of service.

* * *

There is an admirable commitment to principle in an educational system that leaves no child behind and that puts into practice the notion that there is room for every child in the classroom. The fact is, however, that many children are not learning apace in inclusive educational settings and may need more specialized or individualized educational services. We cannot insist upon inclusion for the sake of inclusion, any more than we can afford to do so because it's *all* we can afford. If individualized educational services are required to help a child achieve his or her potential, then that is the approach we must take, even if it is, at times, more costly. Moreover, if inclusive educational models are to work for the benefit of children with highly complex needs, then they must integrate the support systems of social services and health services and the family to succeed.

Our review of these several cases suggests that many children with highly complex needs have been abandoned or lost by our educational system. A renewed specialized focus is needed to meet the educational needs of these pupils in their varying residential placements. These specialized services could be managed at a provincial or regional level. Teachers and educational services staff must be educated around mental health issues so that pupils in need can be identified, understood and referred, not suspended.

34. A multidisciplinary approach to inclusive education

Our analysis of the issues in the area of educational services reinforces the recommendations outlined above in respect to service integration with health, social services, and correctional services, since better coordination of effort will go a long way to minimize problems. Benjamin's story demonstrates very well that, through coordinated efforts, even students with very complex needs can succeed in an inclusive educational model. Every effort had been deployed to place Benjamin in a specialized educational program out of province. Finally, when all the approvals were obtained, his parents accepted over time that his placement in Nova Scotia would be delayed indefinitely, despite assurances and encouragement from his physicians there, for the simple reason that "there will always be a Nova Scotia resident with equal or greater needs." In the end, being turned down by the program in Nova Scotia was the best thing that could have happened to Benjamin, because it forced, albeit out of desperation, his care-givers here to devise their own solution to meet his educational needs in a manner that engaged the strong supports available within his own family and the professionals within his immediate circle of care.

This is how inclusive education is supposed to work. It requires a willingness to tailor programs to the child's needs and a multidisciplinary approach. The way to reach these goals is not, however, the way this family had to do it: out of desperation, and feeling their way as they went along. It must be built into the educational system. The newly adopted guidelines of the Human Rights Commission on accommodating disability in educational services are a helpful resource to district administrators in this respect[20]. The work done elsewhere in Canada, the U.S. and Norway with respect to multisystemic therapy is also helpful.[21] Finally, educators confronted with increasingly aggressive or disruptive behaviour on the part of pupils must be equipped to intervene immediately and effectively to reprove such behaviour, as studies have shown that doing nothing will only exacerbate the conduct disorder.[22]

---

[20] http://www.gnb.ca/hrc-cdp/e/Guideline-Accommodating-Students-Disability-New-Brunswick.pdf October 15, 2007

[21] Littell JH, Popa M, Forsythe B. Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.

[22] Mytton J, DiGuiseppi C, Gough D, Taylor R, Logan S. School-based secondary prevention programmes for preventing violence. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004606. DOI: 10.1002/14651858.CD004606.pub2.

It is recommended that the Department of Education renew its efforts to promote and model effective multidisciplinary approaches to inclusive education and that it renew its efforts to intervene immediately to correct violent or aggressive misconduct by pupils.

To illustrate what we are proposing in this section and earlier sections of the report, we have developed a chart which can be found in Appendix III and entitled 'Integrated Complex Case Diagram (proposed process)'. It maps out a path by which complex cases would be identified quickly within the four departments working with youth, referred appropriately and receive specialized services. This structure, accountable through the Minister of Child and Youth Services, would ensure that all youth are visible and accounted for at all times in all systems, leaving no one behind. Services would be coordinated between the different departments, through the aegis of the Minister responsible for such service integration.

The proposed process builds upon the success of the Youth Treatment Program process and suggests consolidating and expanding this process in order to cover all cases of complex needs and act pro-actively with regard to Youth-at-Risk. A revised and expanded role is also proposed for the Atlantic Provinces Special Education Authority (APSEA), as outlined below. Departments of Public Safety, Education, Health and FCS would create complex case manager positions so that children with the most complex needs could be supported throughout their formative years by experienced case-managers, providing greater continuity in care and better service integration.

One of the Province's goals must be to catch problems when they arise and prevent them from getting bigger. The integrated approach outlined in Appendix III must aim in every case to treat children and youth in their own community. They should not lightly be referred to a provincial program only to be placed and treated elsewhere. Cases should be referred to provincial YTP only if local expertise (social workers, nurses, psychologists, probation officers, regional complex case managers, clinical coordinators) are unable to provide adequate care.

35. Expanding the Youth Treatment Program

One of the multidisciplinary efforts among the departments of health, education, public safety and family and community services that has yielded positive results in some cases is the Youth Treatment Program (YTP). This program works at the local and provincial level to refer cases of youths with complex needs to a multi-departmental committee that will develop an integrated treatment plan. The initiative is largely led by Family and Community Services. One of the shortcomings of the program has been the uneven participation of other departments or agencies, including school districts, in the process. The program is also only available to work on a limited range of diagnoses i.e. youth with behavioral and conduct disorder. We recommend that the Youth Treatment Program, or a process similar to it, without duplication, be expanded to cover a broader range of diagnoses and that district authorities ensure that multi-departmental committees be established in each district to refer appropriate cases to the provincial YTP committee. (See the Integrated Complex Case Diagram (proposed process) in Appendix III)

36. Educating children with complex needs who are no longer in the mainstream

We recommend that the Department of Education devise a new, dedicated focus on children with complex needs, children who, for whatever reasons, are no longer in the mainstream system. We must stop pretending these students are not there or are so exceptionally few that they can be safely ignored. We also have to stop telling ourselves, and everyone else, that inclusive approaches are in every situation the most effective. What these students need is for a teacher to find them and look after their educational needs wherever they may be. They may be in detox centres, in hospital, in a correctional facility, or at home and unable to attend school for an interim or extended period. But their educational services must not be halted or interrupted unnecessarily.

The educational system has a statutory obligation towards every pupil and needs to track each child and coordinate the education services wherever the child is. At no time should a child or youth be off the educational system's radar. Unfortunately, our investigation has confirmed that this is what routinely occurs when children are placed in a hospital or in some other institutional setting. At RHC, for example, Nicholas's teacher—a unilingual francophone trying to help him prepare for his GED in math and English—is paid for by the hospital. The Department of Education is not involved at all. Similarly, NBYC expends over a quarter of million dollars in educational services each year to young offenders at the youth correction centre. However greater involvement and oversight by district officials regarding these educational services to pupils at NBYC would make it easier for these kids to reach their educational goals following release.

37. A special education authority for pupils with complex needs

Individual schools and districts should be able to recommend a highly complex needs student to a provincial committee or Special Education Authority. This authority could be funded separately through the Department of Education to deliver educational services to the child's home or residential setting (hospital, group home, youth residence), without interruption from one placement to another, based upon an individual education plan oriented towards the child's curricular goals and, subsidiarily, towards his or her successful reintegration in the public school. The fact is, the educational needs of youths like those profiled in this report can require extensive supports and accommodations, ones that can easily overwhelm district budgets or be overlooked, given the needs of the many. As indicated in the Integrated Complex Case Diagram (proposed process), successful integration of these pupils into the educational mainstream will invariably require partnering with mental health and social services officials. That type of coordination in highly complex cases is better handled through a special authority.

The Department of Education should explore the possibility of devising a regional delivery of such services jointly with other provinces, with the assistance of the Atlantic Provinces Special Education Authority (APSEA), or upon the basis of a service delivery model such as theirs.

The Atlantic Provinces Special Education Authority is an inter-provincial cooperative agency established in 1975 by joint agreement among the ministers of education of New

Brunswick, Newfoundland, Nova Scotia, and Prince Edward Island. The agreement provided for the creation of the APSEA and authorized it to provide educational services, programs, and opportunities for persons with low-incidence sensory impairments from the time they are born until they reach the age of 21. This includes children and youths who are, hard of hearing, hard of hearing-blind, blind, or visually impaired, and who are residents of Atlantic Canada. The APSEA agreement is the only one of its kind in Canada, and, as such, may serve as a model for service delivery at a regional level.

38. Measured inclusion in the child's best interests

During this investigation, there has been significant discussion around the creation of alternative classrooms in some districts. While parents have been demanding them, the interest is no doubt related to the level of individualized attention and programming that their children receive in this setting. I believe it is possible to carve out such opportunities for special needs pupils while respecting the educational system's focus on inclusion. One danger to guard against is, in fact, an institutionalized segregation of special needs students from their peers, which could diminish opportunities for peer-to-peer learning, or, worse yet, lead to stigmatization of one peer group over another. These are very real and ever-present dangers when dealing with young children.

It is recommended that Government invest in more individualized educational services, most likely off-site, but also in individualized laboratory settings within schools, to pupils with the most complex needs. This investment, along with coordination of services within mental health services and Family and Community Services for a broader number of children and youths, should be aimed at reducing the demand and need for more alternative classrooms in the school districts.

39. Alternative educational settings for youth-at-risk

At the same time, I recommend that the Department of Education give serious consideration to the possibility of piloting other alternative educational programs and settings for youth-at-risk.

Outdoor education, education through the arts, and vocational education programs are all gaining a resurgence of interest in educational circles these days. Establishing a residential school with a variety of such programs, not a reformatory, may be a helpful means of keeping youth-at-risk in school and focused on their learning, rather than disrupting classrooms in more traditional educational settings.

40. Cross-training teachers and school staff with mental health and social services

It is recommended that the minister responsible for services to children and youth develop training programs where teachers and educational services staff can learn alongside mental health employees and social service employees with a view towards:

- Establishing professional contacts within a region among public servants who provide services to children and youth;

- Informing all interveners with respect to the array of services available to assist children, youths and their families;
- Improving the level of knowledge and awareness around varying mental illnesses and how they impact a child's learning, socialization and behaviour; and
- Developing strategies and programs to better integrate and coordinate efforts in providing services to children and youths, particularly those with highly complex needs and youth-at-risk.

Chapter 6 – Supporting families of youth-at-risk and children with complex needs: *Samuel's story*

Throughout all the individual stories in this report, with one regrettable exception, I have witnessed remarkable accounts of families striving to overcome the challenges of mental illness in youth. The families came from every walk of life, and from very differing levels of means, but their stories were remarkably similar. They were exhausted. They had given everything they could, often at considerable sacrifice to their careers, their health, and their other children, but they were anxious and willing to give more. The recommendations in this chapter should perhaps have been presented at the very outset of the report, since supports to these families are at once the moral imperative that sustains much of the other recommendations and a necessary next step in the critical path for improving child welfare in this province. I felt, however, that the recommendations would make more sense after having presented all the stories gathered from the youths and their families. The one story that was most tragic, and which best illustrates the important role that families could play, if better supports were available, is Samuel's story.

Samuel's story

Samuel, an only child, was the pride and joy of his parents. By all accounts, he had a happy childhood and normal development. He lived with his parents in a small coastal community of New Brunswick where everyone knows your name—even moreso, in this case, because his father was well-known. Samuel was a good-looking adolescent, had lots of friends, and was succeeding well in school.

Around the age of 16, his parents noticed something different and unusual about Samuel's behaviour. A succession of visits to different specialists followed. Samuel was eventually diagnosed with paranoid schizophrenia; his father describes a moment of relief when, at last, they knew what was wrong and had a name for his "condition." But this was not the end of the story. Rather, it was the end of a quiet and satisfying life for this family, and the beginning of 10 years of torment, spent trying to get their son the care he needed.

After the diagnosis was made, and the initial feeling of relief, the parents began having questions about what this diagnosis meant, what the next step was, what kind of care to provide for their son. Getting information on their son's illness was difficult. There was no process in place, at least not in this case, where specialists sat down with the parents and explained to them what lay ahead. Samuel was seeing his psychiatrist and was being prescribed medication to help control his symptoms. Because of his age, he had the right to meet with his psychiatrists alone, and professionals were bound by confidentiality, even in regards to the patient's parents. Samuel also had the right to refuse to take his medication. No one could force him to do so, unless they were able to demonstrate that he was a danger to himself or someone else. It became difficult for his parents to help him. They were disappointed that it appeared a serious incident had to occur before Samuel could receive help, and that no emphasis was put on prevention. Samuel was also disappointed. He said to his parents one time: "In order to get help I'm going to have to commit an armed robbery".

Samuel's father relates how their son's mental illness changed their lives. Because of his mental illness, Samuel, unlike his friends, could not pursue post-secondary education. In fact, because of his illness, he had to abandon his high school studies when he needed just four credits to graduate. He stayed home while his parents continued to work. Samuel's mother had to change jobs so that she could be at home with Samuel at a certain time of the day. Having a normal family life was very difficult. Everything revolved around Samuel and the managing of his illness. Special precautions were taken to keep Samuel inside the house for his safety. Both parents would call home frequently, as often as six times a day, to speak to Samuel and check up on him. When he answered, they could breathe a sigh of relief. When the phone rang more than a few times, they worried, wondering, "Why isn't he picking up"? If he didn't answer, one of them went home to see why, expecting the worst. Eventually, the stress became enormous on the parents, and, because Samuel was not taking his medication, his situation deteriorated. Having to monitor Samuel 24 hours a day, his father finally decided to abandon his career. He took an early retirement from his job to stay home to care for their adult son.

During the 10 years Samuel dealt with schizophrenia, he was admitted to hospital 14 times, sometimes by force, accompanied by the police. Each time, his parents were there to support him.

One day Samuel decided to go to the library on the university campus not far from his home. His parents always encouraged him to try to find new interests. He left early in the morning with his backpack and arrived before the library opened. He decided to wait at the front door. Someone in an adjacent building thought he looked "suspicious" and called the police. Samuel was quickly surrounded by police officers, who handcuffed him and took him to the station. When he went to pick him up, his father found a terrified young man stunned by the turn of events, because he had done no wrong and had not intended harm to anybody. His parents never blamed the caller for this. They are just very sorry that mental illness scares people so much.

Another time, police were called when Samuel heard that a childhood friend was now teaching at the school they attended when they were younger. Samuel had always been fond of her and decided to drop by and bring her flowers. What Samuel had not yet encountered, as a young adult dealing with schizophrenia, was the stigma attached to mental illness. Much to his surprise, the police were called because some people at the school thought Samuel represented a threat. He was charged following this incident and was eventually admitted to the Restigouche Hospital Center for a 30-day assessment, after he was found unfit to stand trial. Samuel's father said he was relieved at the time. He thought, "Now that he is in the system, he will get the help he needs"—the kind of specialized help the parents couldn't provide.

Samuel adjusted well to RHC. He was less isolated than he was at home. He would socialize with staff and go on outings with other residents. But, again, Samuel experienced the stigma attached to living in a mental health institution. He would relate to his parents how he and the others went on outings, riding in a blue bus that had RESTIGOUCHE HOSPITAL in big letters on the side of the bus, as though, said Samuel, the autnorities had to make it obvious that the group was from the mental health hospital. But the family took these things in stride and remained focused on making Samuel as healthy as possible. Thirty days after his admission, Samuel's psychiatrist told the review board he didn't consider his patient to be a threat to himself or others. Samuel was returned to the care of his parents.

Samuel's psychiatrist informed his parents that he was eligible for a disability pension from the province under the income assistance program. He also told them that Samuel could apply for a tax credit with Revenue Canada. Although the parents were pleased to learn this, they wondered why it took so long for anyone to inform them of this. (Samuel had actually been eligible for six years.)

A few years after his diagnosis, Samuel had no friends and very few contacts outside of his immediate and extended family. With the money he was getting from the province, he could treat himself to a pizza on Friday nights and buy books for himself.

Although he was schizophrenic, Samuel, like most young adults, still wanted his independence. When he decided to try living in a residential home in the city, his parents supported him. He soon realized this setting was not for him. Moreover, he would refuse to take his medication while living there. He would call his parents, crying over the phone about how difficult it was for him. He lived at the residence for five or six months. When his parents took him back in (his father states the alternative would have been the streets) he did not hesitate to move back home.

In February, 2006, Samuel received a letter saying he owed the government $3000 in overpayments. Because he was still living at home, he was eligible to receive less than he had been getting. Moreover, his monthly check would be reduced by $140. As a young man with paranoid schizophrenia, taking his medication irregularly, this claim for overpayment became a major stress in his life. According to his father, Samuel obsessed

about things like this continuously. His parents, never wavering in support for their son, decided to bring a request in front of the Family Income Security Appeal Board.

In his request for a hearing, the father wrote:

> Since receiving notice from the Department of Family and Community Services, I took upon myself to conduct some research as it relates to the cost incurred by the taxpayers for the care of someone such as Samuel when housed in GROUP HOMES. As per the attached e-mail message dated 13 March 2006, you will note that the cost associated to a level 3 is $107.48 per day which amounts to $3269.18 a month compared to $427.50 when the same level 3 resides with his parents who provide the same level of care as group home operators. Some have also suggested that the parental care when available is better for the patient, which is also supported by research data. If one is to consider the personal expenses, this will leave parents with $317.50 to house, feed and care for their loved one compared to $2951.68 given to total strangers. I don't believe I need to elaborate further to suggest that parents such as my wife and I and people such like ourselves are being grossly discriminated against by the simple fact that our only link to a person such as Samuel is a genetic one. The amount left every month along with the amount provided by the Federal Government through tax credits does not come close to the amount that is required to care for people such as Samuel.
>
> ...I do not suggest...that my wife and I ...receive $3269.18 a month to take care of our son. After all God gave us this child and we morally intend to take care of him as parents should do....The present regulations and its policies do not recognize people such as my wife and myself. The system along with the people responsible to make it fair and equitable do not care, clear and simple. It is quite evident that being responsible parents we are knowingly or unknowingly being denied decent support, acknowledgement and basic respect.

The day they appeared in front of the appeal board, Samuel was frightened. As a paranoid schizophrenic, dealing with government officials caused him to become agitated and stressed. For the hearing, his father wanted his (the father's) brother present for support, but the chairman ruled that, if Samuel's uncle was present, the father would have to leave. At the hearing, the father felt the board did not listen to him. Later, he said the experience was typical of the way government officials had treated him and his family over the years. He did not blame the civil servants; he believes it is impossible to legislate attitude, partnership and transparency.

In June, 2006, the appeal board finally sent its decision to Samuel. The recommendation was as follows:

> After giving careful consideration to all the evidence presented at the hearing, the Board concludes the Department of Family and Community Services acted within the guidelines of the Family Income Security Act and Regulations.
>
> However, the entire Board was in sympathy of [Samuel] and his parents. The Board is limited and regretfully, cannot cancel or deal with the overpayment.

> However, the Board strongly recommends the complete review of [Samuel's] case and that [his father's] presentation be brought before the Minister as soon as possible.
>
> [Samuel's father] made it very clear that this is not just about his son, but about thousands of others like Samuel and parents that may not be as fortunate as far as finances, determination and faith in God. Therefore, we further recommend that [Samuel's father] be allowed to speak out and represent his son and many others like his son, as well as their parents. [Samuel's father's] wish is to speak to someone at the Minister or Deputy Minister's level.

By September, word had still not come from the government. Samuel had become obsessed with this issue. He checked the mail three times a day. He wanted to know when the minister or her officials would call concerning his case. That afternoon, as his father worked outside the house, Samuel became very agitated. In an effort to help him, his father called the mental health helpline for advice, but it was the mother who eventually calmed him down, something at which she had always been effective.
The parents had plans to go out for the evening, and Samuel assured them he would be fine alone. When they returned, the house was in total darkness. They thought Samuel had gone to bed. A few minutes later, his father discovered Samuel's body. He had taken his life.

When my investigators met with Samuel's father, he said the following about Samuel: "He was more aware of our mortality than his own. I think he committed suicide because he was afraid of being a burden to us. He thought we didn't have a life. But we did. We had a life. But it was dedicated to our son."

Samuel was buried on September 5. On September 16, his father received a telephone call from the then-Minister of Community and Family Services. The Liberal government was elected on September 19. Three days after the election, Premier Graham called Samuel's father. According to the father, the premier promised that, when he was sworn in, he would strike a committee to review this province's approach to mental illness. On October 25, the father received a letter from the new Minister of Community and Family Services. She offered her condolences and outlined the things her Government is proposing: a review of the current social assistance rates, and the establishment of a provincial strategy on disability issues.

Samuel's parents have tried as best they can to put their lives back together after losing their only child. Their dream is to have residences where people dealing with a mental illness could stay and be truly happy. They regret the fact that all of Samuel's friends abandoned him when he was diagnosed. "The isolation and the stigma is what killed Samuel."

* * *

I have shared this story with all the detail and all the raw emotion that Samuel's father shared with my investigators because I believe it is a compelling call to arms. Just as the criminal justice system has been forced to pick up the pieces from the fall-out of a mental

health system in disarray, parents and family members of mental health service consumers have borne a very isolating and unfair burden in the years since de-institutionalization. I believe the Government has voiced its commitment to do things differently and better. I believe the Government was in earnest when the minister proposed to undertake a review of social assistance rates and development of a new strategy on disability issues. However, it is clearer than ever in my mind, following the investigation over the past year into these several complaints, that a thorough overhaul of our strategies for youth at risk and youths with highly complex needs is required. In that reform process, the parents and families of these children and youths must be lead players in the process and beneficiaries of our reforms.

Parents in the several profiles of this report have done whatever they felt was required, and they were capable of doing, to support their children. When it has entailed physical separation, sometimes because of having experienced abuse at their children's hands, they have not turned their backs, but have turned the other cheek. They have redoubled their efforts to seek better, more adequate supports. They have changed their lives and career expectations to better the quality of life for their child. They have had to balance parental obligations to the child with highly complex needs against other parental obligations, often in very trying circumstances. When all this is weighed in the balance, the rhetoric and policy arguments in favour of respecting the private sphere and maintaining a legal standard that requires families, and parents, in particular, to shoulder their own financial burdens and look after their own, rings very hollow. It has, instead, the tone and nature of a self-interested mantra that the able-minded repeat to themselves to mask the indignities forced by society on those with mental health challenges, children and youths included.

I recommend that Government take positive measures to support the families of children and youths with highly complex needs, including: the establishment of mobile crisis teams; better orientation services to families following diagnosis; on-going program support to families following removal of a child from his or her home; legal recognition of the parental and familial role into early adulthood and beyond; and an end to the practice which penalizes parents for caring for their disabled children in their own home.

41. Mobile crisis teams:

Currently, the advice given to parents, when the behaviour of a mentally ill youth reaches a crisis situation, is to call the police. Even in situations of crisis, children are often placed on waiting lists while parents struggle to care for them. We recommend that Government establish, through mental health services in the regional health authorities, mobile crisis teams to intervene on an emergency basis in the family home. Professionals trained in de-escalation techniques could attend to the families' needs, assess the situation, and provide the immediate and near-term follow-up required. We need to create supportive environments for parents who choose and want to care for their children at home instead of penalizing them.

42. Preferring family-based approaches:

If this investigation has strongly convinced me of anything, it is that a child's place is in the home, in his mother's and father's care, or in another family-based setting, provided that adequate supports are available. The review of the seven cases in this study suggests that better and earlier supports to families in the home could have proven much more beneficial to the children in question than the ill-fated and disruptive series of provisional placements in hospital, secure custody, group home and foster home that followed in almost every case. A recent review of clinical studies in this area confirms that family-based interventions are very successful and do actually divert many youths from the correctional system[23]. A residential option should be considered only when the child's needs exceed the family's and the community's capacity to care for them either on a transitory basis or a full-time basis. I recommend, therefore, that Government reinforce its commitment to family-based approaches and interventions by adopting guidelines that require social services and mental health services to explore reasonable family supports in preference to residential placement options.

43. The right to parent children with serious mental health conditions

Earlier in Chapter IV, I shared my dismay at hearing from so many parents that their child had to commit a crime before he or she could access services. Another troubling refrain is from the many parents who have told my investigators about the hard choice to which they were placed: either to provide for their child's needs with inadequate supports within their home or to relinquish their parental rights altogether in order to place their child in the Minister's care. I cannot imagine a more difficult decision for any parent, and

---

[23] Woolfenden SR,Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art.No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858. CD003015. The authors conclude, as per the study's abstract, as follows:

> **Main results**
> Of the nine hundred and seventy titles initially identified through the search strategy, eight trials met the inclusion criteria. A total of 749 children and their families were randomised to receive a family and parenting intervention or to be in a control group. In seven of these studies the participants were juvenile delinquents and their families and in only one the participants were children/adolescents with conduct disorder who had not yet had contact with the juvenile justice system.
>
> At follow up, family and parenting interventions significantly reduced the time spent by juvenile delinquents in institutions (WMD 51.34 days, 95%CI 72.52 to 30.16). There was also a significant reduction in the risk of a juvenile delinquent being re arrested (RR 0.66, 95%CI 0.44 to 0.98) and in their rate of subsequent arrests at 1-3 years (SMD -0.56, 95% CI -1.100 to - 0.03). For both of these outcomes there was substantial heterogeneity in the results suggesting a need for caution in interpretation. At present there is insufficient evidence that family and parenting interventions reduce the risk of being incarcerated (RR=0.50, 95% CI 0.20 to 1.21). No significant difference was found for psychosocial outcomes such as family functioning, and child/adolescent behaviour.
>
> **Authors' conclusions**
> The evidence suggests that family and parenting interventions for juvenile delinquents and their families have beneficial effects on reducing time spent in institutions. This has an obvious benefit to the participant and their family and may result in a cost saving for society. These interventions may also reduce rates of subsequent arrest but at present these results need to be interpreted with caution due to the heterogeneity of the results.

I cannot understand why the Province would require any person to be placed in such a dilemma.

This investigation, however, bears out the fact that time and again parents in New Brunswick have called social services for help to have their child placed in a secure, nurturing environment with the supports he or she needs and they have learned that in order to receive appropriate treatment and placement services, they have to turn over guardianship of their child to the Minister. In other words they have to give up temporary or in some cases permanent custody of their child, terminating all parental rights; otherwise the placement is not possible.

Many parents will eventually reluctantly sign over their child's custody to the Minister in order to access placement services, convinced as they do so that they are acting out of love and in their child's best interest.

The parents we have spoken with who found themselves in this situation expressed regret and continue, many years later, to second-guess themselves wondering whether they did the right thing. They felt that they should not have to relinquish their child to the authorities merely to get specialized services to meet the unusual needs of their child. They were fulfilling their parental responsibility more than ever by seeking the needed services, yet they had to turn over the custody of their child. They felt guilty, ashamed, helpless, scared, angry and sad.

In this respect, the current system is unconscionable and must change.. Other Canadian provinces are confronted with the same legislative impasses, but that doesn't make it right. The province of New Brunswick can show leadership by correcting this dilemma and recognizing that parents have a right to parent children with serious mental health problems with the State's support. Mentally disabled children for their part have a right to specialized services, consistent with their needs and a right to a family. They don't have to trade one off against the other. This situation has been denounced by many parents' groups across Canada, and by several government officials. If we are to fully engage, include and empower families as the care-givers and service-providers of first choice, if we are serious about embracing family-based approaches and interventions, this humiliating and paternalistic practice must change.

There will always be situations when it is absolutely necessary and appropriate for the Province to intervene and remove a child from the parent's custody. When parents abuse or neglect their children the authorities must bring them into the Minister's care. These practices should continue in all appropriate cases. But in cases where the children or youth in question are dealing with a mental illness that go beyond the parents' and their community's capacity to provide essential care and services, and where it is clear that these children are not in need of protective care from their parents' actions or lack of care, parents should not have to relinquish all parental rights merely to access services. A distinction needs to be made here.

I am therefore recommending that the Government of New Brunswick develop a service delivery system that provides medical, therapeutic, rehabilitative, residential and mental health services to children when child protection concerns are not present. Families should not have to become child protection cases to access the services their children require.

44. Post-diagnosis supports to families:

As outlined in Chapter 2, better orientation services are needed for families following their child's mental health diagnosis. In many respects, this speaks to the need to integrate services. Integrating services may yield better results in terms of public health education efforts and other post-diagnosis supports to families. However, communities, non-profit agencies, and professional associations all play an important role in this area, as well. Parents need to know what they can expect, what the next step is, and how to navigate the system. Parents should receive follow-up support, someone to check back with the family when the diagnosis is made and perhaps to connect them with a support group. It is recommended that Government establish effective partnerships with community stakeholders, such as the Canadian Mental Health Association and Chimo, to develop improved post-diagnosis supports to families of youth-at-risk and youths with highly complex needs.

45. A focus for life and hope

One of the constant concerns of parents of children with highly complex needs, of which Samuel's case is too stark a reminder, is: what will become of my child when I'm gone? In a context of de-institutionalization and family- and community-based care, it is important in the treatment plan of a child with highly complex needs always to consider the long-term view. The cases reviewed show that, for each of the cases studied, none of the New Brunswick-based interventions seemed focused on more than the immediate crisis. If anything, the problem was most often seen as, "How can we best facilitate the next placement"? We also heard concerns about the extent to which youth-in-care may manipulate behaviours whenever the mood for a change in residential service options struck them. In contrast, the constant focus of all the intervention team members that we met in Maine, who were assisting New Brunswick residents living there, was entirely on life-long learning and incremental progress towards communication, life-skills, or quality-of-life goals. The view was very much towards the long-term, and the residents there seemed to have two things going for them that Nicholas and Jasmine were lacking at RHC. They had hope and purpose. We recommend that the minister responsible for services to children and youth take measures to ensure continuity of care in treatment teams assigned to work with youths with highly complex needs, and that treatment plans for these youths be developed with a view towards their long-term and life-long needs.

46. Maintaining the parents' active involvement

Every effort has to be made to maintain contact and active involvement of the parents in their child's life. It is not a weakness on the part of the parents if they are unable to care for their child at home. One of the goals of a regionalized structure for community-based residential care is to facilitate the maintenance and development of positive and healthy relationships between a child or youth in need and his or her parents. This recommendation is consistent with earlier ones about the preferential offer of supports to families and using residential care options as a last resort, and preferably only as a transition. In most cases, however, even when residential care outside the family home is the most appropriate placement, parents can continue to be significant care-providers if the right supports are in place. In any case, support should be available not only to youths, but to their families, as well, when a residential placement is made outside of the extended family unit.

47. Financial support for parents who choose to care for their children at home

The crux of Samuel's parents' battle before the Income Assistance Appeals Board was to get some measure of assistance for the investment and care they were providing. Like many parents of disabled children, Samuel's parents had to make the very hard choice of sacrificing career aspirations and their higher earning potential in order to care for their child at home. Very often, this is the best type of care available, and it is what doctors recommend for a child, but it can come at the price of significant financial, emotional and health costs for parents. The same family doctor may have one type of advice for the child, and separate advice for a mother or father. Oddly enough, our income assistance policies exacerbate this tension. They allow for significant investments to be made for youths, or disabled adults like Samuel, who live as wards of the state in institutional settings, but virtually no financial support is available for parents who care for their children at home. Specifically, regulations forbid disabled youths or adults from hiring parents or siblings as care-givers. The result is that caring and qualified care-givers are very difficult to find, and siblings and parents are often forced into poverty in order to care for a child who is disabled. In other parts of Canada, similar regulations have been struck down as offending human rights codes, as discrimination on the basis of family status and on the basis of disability[24]. Parents in New Brunswick have not been able to have similar cases heard here, since the New Brunswick Human Rights Code does not prohibit discrimination on the basis of family status.

Whether that law is ever changed or not, this investigation suggests clearly that new approaches are needed to end the cycle of poverty that too often follows a mental illness diagnosis, and that parents who choose to care for their child at home should receive a proportional level of support commensurate with services that they are providing at home rather than seeking institutional care. It is recommended that Government end the practice of refusing financial supports to siblings and parents who provide care at home to disabled children who would otherwise be eligible for institutional care.

---

[24] *Hutchinson v. B.C. (Minister of Health)* 2004 BCHRT 58

Chapter 7 - Closing the gap: eliminating age discrimination in youth services

I conclude with one final chapter regarding the gap in services to New Brunswick youth. There is not a specific youth profile to share. If I began to illustrate this point with examples from the cases I have seen this year, the list would be too lengthy. A number of the cases illustrated in this report reflect the concern and adjustments parents and young people experience when the child receiving social services turns 16. But the gap in service affects many more children and youths than those with highly complex needs. Every child and youth receiving social services is affected by the arbitrary cut-off that defines children as people under 16 years of age; as they near their 16th birthdays, these children are routinely refused a host of social and other services.

It is difficult to determine exactly how the law allows this disadvantage to children or youths aged 16 to 18 years, let alone why the law is written in this way. On its face, the *Family Services Act* provides a complete range of services to families and to children, in particular, from birth, and indeed from before birth, up to the age of majority. The minister's authority to intervene in favour of children under the statute is very broad indeed. The term "child" is defined as follows:

> "child" means a person actually or apparently under the age of majority, unless otherwise specified or prescribed in this Act or the regulations, and includes
>
> *(a)* an unborn child;
> *(b)* a stillborn child;
> *(c)* a child whose parents are not married to one another;
> *(d)* a child to whom a person stands *in loco parentis*, if that person's spouse is a parent of the child; and
> *(e)* when used in reference to the relationship between an adopted person and the person adopting or the relationship between a person and his birth mother or birth father, a person who has attained the age of majority;
>
> but, for the purposes of making a determination under Part VII, does not include a person who has been married;

The Act further defines the term "child in care" as follows:

> "child in care" means any child within an age group prescribed by regulation who has been placed under protective care or any child who is in the care of the Minister under the terms of
> *(a)* a custody agreement;
> *(b)* a guardianship agreement;
> *(c)* a custody order;
> *(d)* a guardianship order; or
> *(e)* a supervisory order;
> *(f)* Repealed: 1996, c.75, s.1.

There are then numerous provisions under the Act which speak to the minister's powers in relation to child protection, most of which provide that the minister's charge regarding

a "child in care" ends upon agreement (in the case of a custody arrangement), or upon the marriage, death or adoption of the child, or "when the child reaches the age of majority."

The caveat comes, however, in the wording of the *General Administration Regulation* under the Act, N.B. Reg. 81-132. The regulation qualifies the definition under the Act as follows:

> **2**(2) For the purposes of Part III of the Act
>
> "child" means a person actually or apparently under the age of sixteen, and includes a disabled person actually or apparently under the age of nineteen.

Subsequently, section 13 of the Regulation, restricts the legislative scope of the Act as follows:

> **CHILDREN IN CARE**
>
> **13**(1) Subject to this section, the Minister shall not take a child into care who is actually or apparently sixteen years of age or over except where the child is a disabled person.
>
> **13**(2) The Minister may extend a custody agreement in accordance with subsection 48(3) of the Act with respect to a child sixteen years of age or over.
>
> **13**(2.1) The Minister may, for the purposes of subsection 49(5) of the Act, continue to provide care and support for a child who
>
> *(a)* is enrolled in an educational program, or
>
> *(b)* is not self-sufficient by reason of a physical, mental or emotional disability.
>
> **13**(3) The Minister may apply to the court for an extension of
>
> *(a)* a supervisory order under subsection 54(2) of the Act,
>
> *(b)* a custody order under subsection 55(2) of the Act, or
>
> *(c)* a protective intervention order under subsection 58(4) of the Act,
>
> with respect to a child sixteen years of age or over.
>
> **13**(4) The Minister may enter into an agreement with a representative of the Crown in right of another Province, or a representative of any other government, or with any other person or agency approved by the Minister to accept the transfer of all or part of the parental rights and responsibilities in respect of a child sixteen years of age or over who is subject to any order referred to in subsection 62(1) of the Act.
>
> **13**(5) The Minister may make an application to the court for an order under paragraph 51(1)(a) of the Act where a child who has been placed under protective care attains his sixteenth birthday before the application is heard.

For the sake of completeness, I also reproduce here the definition of "disabled person" taken from section 1 of the Act, as follows:

> "disabled person" means one who, because of physical or mental impairment, including congenital or genetic abnormality, suffers absence or reduction of functional competence which substantially limits his ability to carry out normal daily activities;

and also the relevant provisions of the regulation-making authority as follows:

> 143The Lieutenant-Governor in Council may make regulations
> ...
> *(c)*prescribing groups of persons, according to age or need, eligible to receive social services under this Act;
> *(d)*prescribing age groups for the purpose of the definition of "child in care";

Part III of the Act is, of course, that part of the statute which deals with child and adult protection services. The effect of the provisions under the regulations, according to departmental practice, is to deny child protection services to children who turn 16. Typically, at that age, child protection files are closed. Exceptions, however, have been made in cases of exceptional risk or need. Generally, children in care who turn 16 have the option of continuing in the minister's care. The Act provides also for a medical examination committee who may determine who is a disabled person within the meaning of the Act. Since the test prescribed by the Act is one of functional competence, it is quite possible that a youth who is determined to be not criminally responsible, and thus not competent to stand trial due to a mental incapacity, could nonetheless not be a "disabled person" for the purposes of child protection services. Finally, there is a separate regulation which governs the offer of residential care services in community placement residential facilities, but residents in these facilities, according to the definitions in the regulations, must be adults[25].

It is a general principle of law that the executive branch of government cannot adopt regulations which have the effect of invalidating the legislative provisions that govern their application. Thus it is very unusual for the Legislative Assembly to define a term in the statute and then have Cabinet adopt a regulation to say that the word means something less. It seems to me that if the Legislature's intent is only to provide child protection services to children under the age of 16, then the law should clearly say so, rather than seeming to promise the opposite.

In fact, I have several serious concerns with 1) the manner in which the Department of Family and Community Services has interpreted and is applying these provisions; 2) the legal validity of these provisions; 3) their constitutional validity; and 4) whether New Brunswickers should accept such a law without amendment if, in fact, it is valid and being properly administered.

During this investigation, I heard from many sides that the law was inexcusable, and should be changed. The reasons it hadn't been changed already varied from the lack of better approaches elsewhere, to the lack of political will, to the cost consequences of

---

[25] See section 1 definition of "resident" under the *Community Placement Residential Facilities Regulation - Family Services Act*, N.B. Reg. 83-77: "resident" means an adult requiring social services who resides in a community placement residential facility.

providing equal services to youths aged 16 to 19 years. It is perhaps preferable, then, to focus on the policy imperatives for maintaining this regulatory framework, rather than scrutinizing the legality or validity of its current form. I do not want to engage in a detailed legal analysis of the provisions set out earlier, but I find it helpful, before turning to the policy considerations, to list the following concerns:

- Under the current provisions, I question the reluctance and hesitation of child protection services to maintain involvement in cases such as those profiled in this report. If, in fact, there is authority in the regulations to extend child protection services in the case of disabled youth, why have so many parents complained, expressing concern and fear that the minister's involvement in the provision of services and care to their child will end?
- Generally, where rights are affected, the expression of those rights and the general limitations placed upon them by the law should find expression in a statute, not in a regulation or sub-regulatory instrument. This raises a serious question as to whether the regulations under the *Family Services Act* are properly adopted.
- Very important rights are set out in this statute, but the effect of the regulation is to defeat these rights with respect to a vulnerable and disenfranchised segment of the population: youths in need of protection between the ages of 16 and 18. This raises questions as a matter of administrative law and legislative drafting regarding the legal validity of the regulation. Can Cabinet adopt a regulation that defeats the Legislature's intent?
- The general question just raised can be rephrased and questioned also from the perspective of the Act's specific regulation-making authority. The definition of "child" and the provisions of part III of the Act clearly contemplate that child protection services should be available to youths up to the age of majority. The regulations clearly provide a cut-off at age 16. Ostensibly, the regulation-making authority for section 13 of the General Administration Regulation is found in paragraph 143 c) or d) of the Act and limits the definition of child under the Act based upon the rider contained therein: child means a person under the age of majority "unless otherwise specified or prescribed in this Act or the regulations." The question I have is whether the Act gives Government sufficient latitude in these provisions to say that the term "child" means *in the Act* something less than the *Act* says it means.
- The impact of the regulation is to deny services to a vulnerable group within society on the basis of a prohibited ground of discrimination. This necessarily raises important questions regarding the validity of the regulation with our provincial *Human Rights Code* and with the *Canadian Charter of Rights and Freedoms*, particularly the equality provisions of section 15 thereof, and the guarantees of section 7 to "life, liberty and security of the person".
- Age discrimination cases have had only relative success before our courts and tribunals. The Human Rights Code provides exceptions to age requirements that are set out in legislation. Courts interpreting the Charter have insisted, particularly in relation to age- based legislative criteria, that, to be discriminatory, the legislative provision must constitute an affront to human dignity. There is much debate as to whether it is appropriate to extend the Courts' human dignity analysis

to every case of discrimination, but I find it helpful for our purposes to recall what the Supreme Court of Canada stated in *Nancy Law v. Canada*, the case which initially determined that an affront to human dignity was an important element in proving discrimination:

> Human dignity means that an individual or group feels self-respect and self-worth. It is concerned with physical and psychological integrity and empowerment. Human dignity is harmed by unfair treatment premised upon personal traits or circumstances, which do not relate to individual needs, capacities, or merits. It is enhanced by laws, which are sensitive to the needs, capacities, and merits of different individuals, taking into account the context underlying their differences. Human dignity is harmed when individuals and groups are marginalized, ignored, or devalued, and is enhanced when laws recognize the full place of all individuals and groups within Canadian society. Human dignity within the meaning of the equality guarantee does not relate to the status or position of an individual in society *per se*, but rather concerns the manner in which a person legitimately feels when confronted with a particular law. Does the law treat him or her unfairly, taking into account all of the circumstances regarding the individuals affected and excluded by the law?

Turning, then, to the policy considerations, I remain concerned as Child and Youth Advocate whenever social workers and public officials indicate to me: "We would like to be able to assist this child, but, unfortunately, the law prevents us from doing so." This is the quandary in which youths aged 16 to 18 years of age find themselves whenever they need to access social services. Beyond the provisions outlined in respect of child protection services, youths in this age bracket are disadvantaged when it comes to applying for housing assistance. They are for instance, at times, told by social services that because they are not of the legal age to contract they cannot enter into a lease arrangement. Similarly, if they leave home and no community residential care facilities are open to them because of their age, they often cannot obtain a fixed address, and, without a fixed address, they cannot apply for income assistance. Their eligibility for income assistance would factor in their age and the ability and obligation of their parents to provide care, which, if they have fled home as a result of conflict within the home, may not work to their advantage.

Late adolescence is a difficult stage in life at the best of times. Our social welfare laws and regulations do very little, however, to improve the lot of youths caught between childhood and adulthood.

There may be some legitimate policy reasons for this state of affairs, but they are not apparent from the Act or the legislative record. Some may be of the view that, given the relative autonomy that youths in this age bracket often achieve, if they want to assert their autonomy from an early age, they had better be able to make their own way. In this view, the intentional under-funding of the social safety net provides better incentive for youths to remain in their parental or foster home and in school. None of the people I have consulted has defended this view. Even if it had any merit, the adoption of a strict policy stance in these matters, without any accommodation for genuine cases of risk, hardship and neglect, is hardly defensible. Social policy in an advanced liberal democracy like

ours can surely do better for our youth than leave them fending for themselves in the school of hard knocks.

It is critical for Government to consider the several recommendations put forth in this report jointly with the need for a significant additional investment of resources to correct this historic imbalance between social security programs available to vulnerable children and vulnerable adults on the one hand, and, on the other, those available – or unavailable, as the case may be - to youths in the age gap in between. While the demands of youths with highly complex needs may be resource-intensive – in comparison to the relatively small number of individuals who may benefit— correcting the discriminatory gap in services for youths aged 16 to 18 will also prove costly. This investigation has convinced me however that the economic costs of leaving either youth constituency hanging are far greater.

Moreover, if government dithers with these reforms, it is likely the courts will intervene to protect the rights of vulnerable youths in both categories. It would, of course, be preferable by far to decide as a society to correct these injustices and move forward together on the path of self-sufficiency, and thereby reap the benefits that proper planning and rationalization of our programs and services could bring. In the end, however, in the absence of significant social policy and law reform in the near term, judge-made solutions would be by far preferable to the status quo.

48. Closing the Gap

It is recommended that Government take immediate steps to cease the discriminatory impact of current regulations creating a gap in services to youths aged 16 to 18 years of age. I recommend further that amendments to the *Family Service Act*, and regulations thereto, be brought about as soon as possible to end the denial of social services to vulnerable youth.

Conclusion

Law reform and program reform are urgently needed in this province in order to provide an equal playing field for New Brunswick children and youth. Youth-at-risk in the 16-to-18 year age group are unfairly and expressly disadvantaged, by our laws and social programs. Children and youths with highly complex needs are too often overlooked.

The problems outlined in the individual cases reviewed in this report are not new. Though startling and troubling, they come as no surprise to people who work within the system. The same issues have been raised many times in the past, by all departments involved.

I have attempted, in the recommendations set out in this report, to provide a road-map for the process of social transformation required. It is my firm conviction that these reforms are a necessary, though by no means sufficient, condition to the program of self-

sufficiency to which the current Government is committed. A self-reliant society is necessarily one that looks first to the needs of its children and youth. All the children must be accounted for, all their needs considered and addressed; otherwise, we cannot reach our goal.

The transformation can only occur, however, if there is a strong political will to ensure that children come first. Many governments, past and present, have committed themselves to this principle, but children's rights need more than lip-service. A concrete demonstration of this political will and a necessary catalyst and guarantor of the social and administrative transformation required would be the creation of a minister responsible for child and youth services, based upon models in Ontario and elsewhere.

The principal task and function of this minister would be to oversee the integration of all public services to children and youths. I recommend that Government undertake this task with method and determination; that it develop ways of brokering disputes over spending and breaking down resistance to information-sharing.

The areas of reform which I recommend to Government's urgent attention are intended to address the critical shortage of residential options for Youth-at-Risk and youths with complex needs and, as a necessary corollary of these efforts, to focus on the de-criminalization of youths with mental health disorders. It only makes sense to spend our dollars on proactive preventative measures to support our youth, rather than spending even more through court services and correctional services. Correctional methods are reactive, rather then preventative, they are costly, and they are not designed to treat the needs of Youth-at-Risk and youths with mental health disorders.

Finally, this re-investment in youth mental health services and social services must be coordinated with the principal institutional supports to children and youths: schools and families. It is my clear and central recommendation that a child's place is in a stable and loving family environment, however that family may be defined. Government must give priority to this relationship in all its interventions with children and youths. For its part, the public school system is the principal ally and support to parents in meeting their child's educational, physical, social and developmental needs. In moments of crisis, emergency, mental health and social service interventions are needed and are to be preferred to traditional public safety measures. All measures to support the family must be exhausted before alternative placements are considered, having always the child's best interests foremost in mind. Residential services options must remain a solution of last resort. Optimally, residential care services will be accessed only provisionally, as a transition through crisis and significant changes in the family unit. Supports to residents and their families are critical at these times.

Some of the recommendations set out in this report can be implemented without significant new investments. In many instances, it may be a case of redirecting our resources and energies. It is likely that a number of the recommendations, if successfully implemented, will strengthen families and communities and result in a lesser burden on the state. Admittedly, a number of recommendations will have significant cost

implications to Government. In some respects, however, the demands of fairness and equality are such that we have no choice but to make these investments.

As this investigation was largely premised on case studies, it is essentially meant to raise awareness. Much work remains to be done in terms of identifying and reaching out to the number of youths affected. Contacts with officials suggest that the cases profiled here are only a sampling from among many, that they are representative of other, more troubling cases of kids falling through the cracks. I remain deeply concerned by these admissions. Much more work is required to trace the true picture and status of children and youths in this province: how many children and youths are dealing with homelessness, with neglect, or with mental illness? How many are in the care of the minister, in the correctional system, or still living with their families? In every case, how are their educational needs being met? The Government needs to exercise leadership around these issues, to provide better reporting and engage all of society in these important child welfare matters.

I remain hopeful that, despite the many priorities which this Government has set, it will respond favourably to these recommendations. There is no immediate pay-off in the ballot box in looking after the needs of the disenfranchised, but my experience in politics tells me that it is, in fact, to make a difference in matters such as these that most elected official seek political office. That is why I hope these recommendations may serve as a catalyst for a political and societal consensus, to move the province resolutely forward, with the support of all political parties, the press and civil society, in matters of child welfare.

Child welfare advocacy can be troubling and disquieting, but it is rarely tiresome. It energizes and motivates all of us. Antoine de Saint Exupery, author of *The Little Prince*, captures this sentiment very well in the concluding paragraphs of his novel *Terre des Hommes*. The hero of this piece was a postal service pilot in the early days of civil aviation who was returning home by train in post-war Europe after another close scrape with death. His gaze wanders through the crowded railcar to the couple and child in front of him. He is struck by the grace of the child huddled against his parents' worn and haggard forms. He reflects that this could be Mozart as a child, a rare golden fruit, a beautiful promise of life, like one of the "Little Princes" of stories of old: "When by mutation a new rose spring forth in a garden all the gardeners pitch in. We isolate the rose, we cultivate the rose, we favour the rose. Alas, there are no gardeners of men."

But we have a choice. We don't have to leave any child, least of all those with the most complex needs, to the doldrums of revolving and disconnected systems of state care. We can be instead the gardener or nurturer that sustains a child to adulthood. If anything, this investigation has confirmed the difference that parents, but also individual public servants, can make in advancing, or denying, a child's welfare. I believe we have to celebrate the people in Benjamin's life, the social workers who went to bat for William, for Gabriel and Jacob, to obtain for them the level of care they are now receiving.

Each of us has an important role to play in the lives of children in our families and in our communities. This report's title, *Connecting the Dots*, comes from a child's game that allows a child to make an image and discover the world around him. It focuses us on how our mind works and on the challenges we face when our cognitive abilities are challenged. It is also a reminder of the need to work together for the benefit of children and youth and an invitation to connect, or reconnect, with the children and youths in our lives.

This investigative report is therefore an opportunity for each of us to reflect upon how well we fulfill that role, and what more we can do individually. However, by acting together in society—and the recommendations in this report are merely possible first steps in that direction – we can make an even more appreciable difference in child welfare in this province and help set the stage for truly transformational change.

APPENDIX I

TABLE OF RECOMMENDATIONS:

Responsibility	Recommendations
Political direction and accountability	
Office of the Child and Youth Advocate	1. *An active presence, accessible to children and youths:* It is recommended that the Office of the Child and Youth Advocate continue and enhance regular staff visits to children in care and children in custody and in other institutional and residential settings to an increasing range of residential settings whenever possible on a weekly or similarly regular basis.
Office of the Child and Youth Advocate	2. *Monitoring services to children:* It is recommended that the Office of the Child and Youth Advocate conduct regular monitoring of services to children and youths being delivered by the Province of New Brunswick through either public or private operators; this may include social audit functions, such as regular requests to authorities for numbers of children in care, in custody, in hospital settings, or on special education programs, and year-over-year comparisons of expenditures in relation to such services.
Department of Public Safety Department of Family and Community Services	3. *Privileged access to electronic records*: It is recommended that designated members of the Child and Youth Advocate's investigative staff be provided with direct access to youth correctional records or child protection records, for monitoring purposes and to facilitate timely delivery of advocacy services on behalf of children. For greater certainty, this privileged access should be provided by law, through amendments to the *Child and Youth Advocate Act*, the *Family Services Act* and, if necessary, the *Youth Criminal Justice Act.*
Office of the Child and Youth Advocate	4. *Legislated oversight of children in group homes and transition homes:* It is recommended that the *Child and Youth Advocate Act* be amended to ensure that the oversight functions and mandate of the Advocate expressly include services to children and youths in privately operated group homes, youth transition homes, foster homes or other institutional settings where they may be placed.

Government of New Brunswick	5.	*A minister responsible:* It is recommended that the Government of New Brunswick appoint, from among its senior ministers, a minister responsible for child and youth services, with a legislative mandate to ensure the integration of services to children and youths across all government departments and agencies.
Minister, Child and Youth Services	6.	*The minister's mandate and authority:* The minister's mandate should include: • fostering a child-centred approach to the delivery of public services in order to meet the needs of children and youths; • the development of agreements within, and among, departments to further this approach through joint funding of programs and services and information sharing; • the authority to enter into agreements with other provinces and levels of government to enhance service delivery to children and youths; • administrative responsibility for the various agencies, committees and programs established to achieve the integration and coordination of service to children and youths. It is recommended that care should be taken to resource adequately the service integration and coordination function, while respecting the spending power and investments required by the stakeholder departments and agencies of government.
Government of New Brunswick	7.	*Nurturing child welfare advocacy as a civic virtue:* It is recommended that the Government of New Brunswick actively promote volunteer, professional and community-based investments in child welfare, recognizing the Province's overarching responsibility in matters of child welfare, but balancing this consideration with the value-added component that not-for-profit agencies, professional associations, municipalities and others can offer in building strong, caring communities for children and youths.

Service integration		
Minister, Child and Youth Services	8.	*A child-centred service delivery model:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services establish guidelines and training programs for all front-line staff to move public service providers away from a system of exclusion through criteria-based programs to a system of service delivery premised on the assessment of a child's needs.
Minister, Child and Youth Services	9.	*Legislating resource-sharing in child welfare matters:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services be granted the authority to order a financial contribution or payment of services by a given department in cases of disputed access to services in order to expedite service delivery objectives. The minister should also have the authority to claim certain extraordinary expenses against the consolidated revenue so that the increase of child and youth services is not borne at the expense of other public programs within a given department.
Minister, Child and Youth Services	*10.*	*Legislating interdepartmental coordination in child welfare matters:* It is recommended that a steering committee of the deputy ministers of Education, Health, Public Safety and Family and Community Services be struck to meet quarterly and report to the Minister of Child and Youth Services. The latter should be assisted in this task by an executive director reporting to him directly and acting as secretary to the deputy ministers' committee.
Minister, Child and Youth Services	11.	*Legislating information sharing in child welfare matters:* It is recommended that a legislative framework be put in place to ensure the flow among departments of information concerning a child receiving government services. While protection of a child's privacy is an important right, the obligation to share information with other public service providers who may need it to benefit the child is a paramount concern.
Minister, Child and Youth Services	12.	*Technology-enabled information-sharing in child welfare:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services establish a study group to report on the most appropriate means of sharing information among departments, including consideration of the

		potential use of electronic health records by child welfare interveners and the possible establishment of a joint electronic records management system for children and youths in need. Following this study, the minister must implement measures to ensure that the free flow of information among government agencies in the interests of a given child's welfare becomes the actual practice and not merely the policy of government.
Minister, Child and Youth Services	13.	*A single entry point for information and service access for families:* It is recommended that Government invest significant new resources into the development of open, public health information systems to assist and guide parents and families through the array of programs and services that may assist their child following diagnosis of a mental health condition. The partners in this process should include regional health authorities, mental health service managers, the mental health patient advocate, the Child and Youth Advocate and the Canadian Mental Health Association.
Community-based residential care		
Minister, Child and Youth Services	14.	*A provincial centre of excellence for youths with highly complex needs:* It is recommended that Government establish a provincial centre of excellence for youths with highly complex needs. This centre of excellence should be located in a provincial community and mandated to recruit and retain expert services in child and adolescent psychiatry, developmental psychology, audiology, speech pathology and other support services in matters of child welfare.
Minister, Child and Youth Services	15.	*A provincial centre of excellence for Youth-at-Risk:* It is recommended that Government establish a separate provincial centre of excellence for Youth-at-Risk. The centre should be established jointly with a willing partnership of community agencies in a given locality within the province and be mandated to develop and pilot innovative approaches and best practices in the field of youth welfare services.
The Department of Family and Community Services	16.	*Supporting the role of youth transition homes:* It is recommended that the Department of Family and Community Services develop a program to guarantee stable core funding to youth transition homes and to

		assist community organizations elsewhere in the province on a regional basis to establish similar homes in order to meet the housing needs of young men and women who might otherwise be living on the streets.
The Department of Family and Community Services	*17.*	*Investing in youth transition home staff and information sharing:* It is recommended that youth transition homes be assisted in recruiting and retaining specialized staff to meet their client needs and that the staff within these homes be included within the circle of care of the youths placed with them, and that the flow of information from public records that may assist in the care of these young people be facilitated in the child's best interests.
The Department of Family and Community Services	18.	*A transition home cluster for youths with complex needs:* It is recommended that the community selected as the provincial centre of excellence for children and youths with highly complex needs must have available an appropriate number of residential homes that can be made available as staff model special care homes and that a dedicated cluster be developed to provide housing and shelter for up to eight youths with highly complex needs on a transitional basis. The units must all be independent of one another and allow for a two-to-one staffing complement involving qualified care-givers who are permanent employees.
The Department of Family and Community Services	19.	*Staff training for group homes and youth transition homes:* It is recommended that the Province of New Brunswick invest significantly in on-going training, clinical support, and better wages for group home and youth transition home staff with demonstrated competencies.
The Department of Family and Community Services	*20.*	*A clinical framework as first responders:* It is recommended that a strong clinical framework and adequate supervisory support be put in place to respond promptly and adequately to group homes, especially after hours.
The Department of Family and Community Services	21.	*Improved funding for autism strategy and for community autism centres:* It is recommended that Government renew its investment in the autism intervention strategy in a manner consistent with the needs identified and that the proportion of funding directed to supporting the community autism centres in the province be increased.

		Furthermore, it is recommended that Government consider re-directing its investment in training programs towards more broad-based or on-line training components to assist care-givers, field-workers, nurses, teachers and teacher assistants as opposed to merely developing more autism support workers.
Minister, Child and Youth Services	22.	*Continuity of care and stable relationships:* It is recommended that Government make it a priority throughout the public service to provide child-centric service and continuity of care and to promote development of stable relationships around youths with mental health disorders, particularly youths with highly complex needs.
De-criminalizing youths with mental health disorders		
Minister of Child and Youth Services The Department of Health	23.	*Engaging regional health authorities as sponsors of change:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services take measures to ensure the participation of all regional health authorities in the service integration efforts undertaken, as they will be lynchpin participants in this process.
Minister of Child and Youth Services The Department of Health	*24.*	*Regionalised child and adolescent psychiatric and mental health services:* It is recommended that the Department of Health, the Minister of Child and Youth Services and the regional health authorities develop a phased plan for the establishment of child and adolescent psychiatric services and mental health services in each regional health authority, thus ensuring prompt access to services by children and youths in their health care region.
The Department of Health	*25.*	*Making regional health authorities accountable for post-discharge care:* It is recommended that increased responsibility be given to the regional health authorities for the post-discharge care of children and youths with mental health disorders as the best means of ensuring them the guaranteed access and continuity of care that they deserve, given their vulnerability and disenfranchisement. Regional health authorities, working in partnership with communities and family physicians, should replace public safety and child protection workers as the first responders for youths with complex needs.

The Department of Health	26.	*Designation of facilities as approved observation sites under the Criminal Code:* It is recommended that, in the design and development of these regional facilities, care should be taken to meet the appropriate standards so that the facilities where the units are located can be recognized as a hospital within the meaning of the *Criminal Code of Canada* and designated by the Minister of Health as hospitals for assessment purposes under the *Code*.
The Department of Health	27.	*Recruitment of mental health professionals:* It is recommended that the Department of Health and the regional health authorities collaborate to ensure that we can retain qualified and experienced child and adolescent psychiatrists, psychologists, and other mental health professionals and that the staff recruited have adequate incentive to commit to work in this province over the long term.
The Department of Health	28.	*More research into drug therapy versus counseling and other therapies:* It is recommended that the provincial centre of excellence for children and youths with highly complex needs develop partnerships within the province and with national research agencies and funding partners to support research that will help advance our knowledge of the benefits and risks associated with the use of psychotropic drug therapy for our children, and regarding its prevalence in our society as compared to counseling, psychological therapy and other interventions.
The Department of Health Minister, Child and Youth Services	29.	*Implementing effective drug prescription practices in all youth placements:* It is recommended that the Department of Health, regional health authorities, and the Minister of Child and Youth Services take adequate measures, including recourse to legislative measures, if necessary, to ensure that all children in care and all children in custody receive the drug treatment program prescribed by their physicians, and it is further recommended that a strategy be developed to encourage families and youths themselves to follow the drug treatment program prescribed for their mental health condition.

The Department of Public Safety	*30.*	*Shackling, hand-cuffing and strip-searching children and youths with mental health disorders:* It is recommended that the New Brunswick Youth Centre immediately suspend the practice of shackling, hand-cuffing, and strip-searching children and youths with serious mental health conditions and the protocol requiring the video-taping of this process. Additionally, it is recommended the Department of Public Safety and the Department of Justice consult with the Department of Health and the Minister of Child and Youth Services to establish new protocols and guidelines for the safe transportation, detention, or isolation of children and youths with serious mental health conditions, and for children and youths generally, when placed in the care of the Department of Justice or Youth Correctional Services.
The Department of Public Safety	31.	*Education and promotion to prevent abuse of vulnerable youth in custody:* It is recommended that the Department of Public Safety devise an educational program aimed at youths in custody and their care-givers about their rights while in custody, and the procedures to follow when they believe their rights have been violated. This should be done in consultation with the Minister of Child and Youth Services and jointly with the Office of the Child and Youth Advocate. This is necessary to ensure that the rights of youths, and particularly vulnerable youths, are protected from the possibility of abuse and to make available to them all avenues for redress.
Minister, Child and Youth Services The Department of Public Safety	32.	*Ending the co-location of adult and youth populations at NBYC*: It is recommended that the Minister of Child and Youth Services and the Minister of Public Safety develop short-term and long-term plans to put an end to the placement of adult offenders in the provincial facility designed for young offenders.
Minister, Child and Youth Services The Department of Justice The Department of Health	*33.*	*Alternative measures for Youth-at-Risk and youths with highly complex needs:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services establish, with appointed representatives from the judiciary, the Department of Justice, the Department of Health, and the Department of Public Safety, a task force to review alternative measures currently in use within the justice system and to extend the adoption of identified best practices to divert Youth-at-Risk and youths with highly

The Department of Public Safety		complex needs from the criminal justice system. Specifically, this group should review, following recommendations from the current Legal Aid Review, means of improving the legal representation of youths in all instances and develop a pilot project for a youth mental health court, based upon the Saint John mental health court project.
Tailoring the educational system to the needs of children with complex needs		
The Department of Education	34.	*A multi-disciplinary approach to inclusive education:* It is recommended that the Department of Education renew its efforts to promote and model effective multidisciplinary approaches to inclusive education and that it renew its efforts to intervene immediately to correct violent or aggressive misconduct by pupils.
Minister, Child and Youth Services	35.	*Expanding the Youth Treatment Program:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services expand the Youth Treatment Program (YTP) to cover a broader range of diagnoses and that the program be staffed with a dedicated representative from each department; district authorities must ensure that multi-departmental committees are established in each district to refer appropriate cases to the provincial YTP committee. Regional health authorities, youth correctional authorities and Family Services regional offices must ensure local participation as well.
The Department of Education	*36.*	*Educating children with complex needs who are no longer in the mainstream:* It is recommended that the Department of Education devise a new dedicated focus on children with complex needs who, for whatever reason, are no longer in the mainstream system. Its purpose would be to ensure that these pupils continue to receive educational services, regardless of their placement status.
Minister, Child and Youth Services The Department of Education	37.	*A special education authority for pupils with complex needs:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services and the Minister of Education consider establishing a Special Education Authority to coordinate services to pupils with highly complex needs at the provincial level and possibly at the regional level. This should be done in partnership with, or along the model of, the Atlantic Special Education Authority.

The Department of Education	38.	*Measured inclusion in the child's best interests:* It is recommended that Government invest in more individualized educational services, most likely off-site, but also in individualized laboratory settings within schools, to pupils with the most complex needs. This investment, along with coordination of services within mental health services and Family and Community Services for a broader number of children and youths, should be aimed at reducing the demand and need for more alternative classrooms in the school districts.
The Department of Education	39.	*Alternative educational settings for Youth-at-Risk:* It is recommended that the Department of Education give serious consideration to piloting other alternative educational programs and settings for Youth-at-Risk. Outdoor education, education through the arts, and vocational education programs are all gaining a resurgence of interest in educational circles these days. Establishing an alternate-site school with a variety of such programs, not a reformatory, may be a helpful means of keeping Youth-at-Risk in school and focused on their learning, rather than disrupting classrooms in more traditional educational settings.
Minister, Child and Youth Services	40.	*Cross-training school staff with health and family services staff:* It is recommended that the Minister of Children and Youth develop training programs where teachers and educational services staff can learn alongside mental health employees and social service employees with a view towards: • Establishing professional contacts within a region among public servants who provide services to children and youths; • Informing all interveners with respect to the array of services available to assist children, youths, and their families; • Improving the level of knowledge and awareness around varying mental illnesses and how they impact a child's learning, socialization, and behaviour; • Developing strategies and programs to better integrate and coordinate efforts in providing services to children and youths, particularly those with highly complex needs and Youth-at-Risk

Supporting families of Youth at Risk and children with complex needs		
The Department of Health	*41.*	*Mobile crisis teams:* It is recommended that mental health services in the regional health authorities establish mobile crisis teams to intervene in emergencies at the family home. Professionals trained in de-escalation techniques could attend to the family's needs and assess the situation and the immediate and near-term follow-up required.
The Department of Family and Community Services The Department of Health	*42.*	*Preferring family-based approaches:* It is recommended that Government reinforce its commitment to family-based approaches and interventions by adopting guidelines that require social services and mental health services to explore reasonable family supports in preference to residential placement options.
The Department of Health	43.	*Post-diagnosis support to families:* It is recommended that Government establish effective partnerships with community stakeholders, such as the Canadian Mental Health Association and Chimo, to develop improved post- diagnosis supports to families of Youth-at-Rrisk and youths with highly complex needs.
The Department of Family and Community Services	44.	*The right to parent children with serious mental health conditions*: It is recommended that the Government of New Brunswick take measures to protect the right of mentally disabled children to access services without having to sever the familial ties that unite them to their parents. Specifically it is recommended that the Province develop a service delivery system that allows the Minister to provide medical, therapeutic, rehabilitative, residential and mental health services to children and youth when child protection concerns are not present, without the parents having to turn over the legal temporary or permanent custody of their child to the Minister.
Minister, Child and Youth Services	45.	*A focus for life and hope:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services take measures to ensure continuity of care in treatment teams assigned to work with youths with highly complex needs and that treatment plans for these young people be developed with a view towards their long-term and life-long needs
Minister, Child and Youth Services	*46.*	*Maintaining the parents' active involvement:* It is recommended that the Minister of Child and Youth Services take measures to ensure that programs across

		government make every effort to mend, maintain and promote contact and active involvement of the parents in their child's life. It is not a weakness on the part of the parents if they are unable to care for their child at home.
The Department of Family and Community Services	47.	*Financial support for parents who choose to care for their children at home*: It is recommended that Government end the practice of refusing financial supports to siblings and parents providing care at home to disabled children who would otherwise be eligible for institutional care.
Closing the Gap: Eliminating age discrimination in youth Services		
The Department of Family and Community Services	48.	*Closing the Gap*: It is recommended that Government take immediate steps to ease the discriminatory impact of current regulations that create a gap in services to youths aged 16 to 19 years of age. I recommend further that amendments to the *Family Service Act*, and regulations thereto, be brought about as soon as possible to end the denial of social services to vulnerable youths.

Appendix II
Connecting the Dots:
List of Interviewees and Contributors

Parents:

Benjamin's mother
Samuel's father
Nicholas's mother and father
Jasmine's mother
William's father
Jacob's mother

Youth:

Nicholas
Jacob
William
Gabriel
Benjamin

Treatment Facilities

Spurwink

Restigouche Hospital Center

Child and Adolescent Psychiatric Unit

PEEL Children's Center
Stan Cassidy Rehabilitation. Center
Chrysalis House

Professionals

Sandra Barton, social worker
France Allain, social worker
Patricia Deitch, psychiatric nurse
Denis Jalbert, social worker

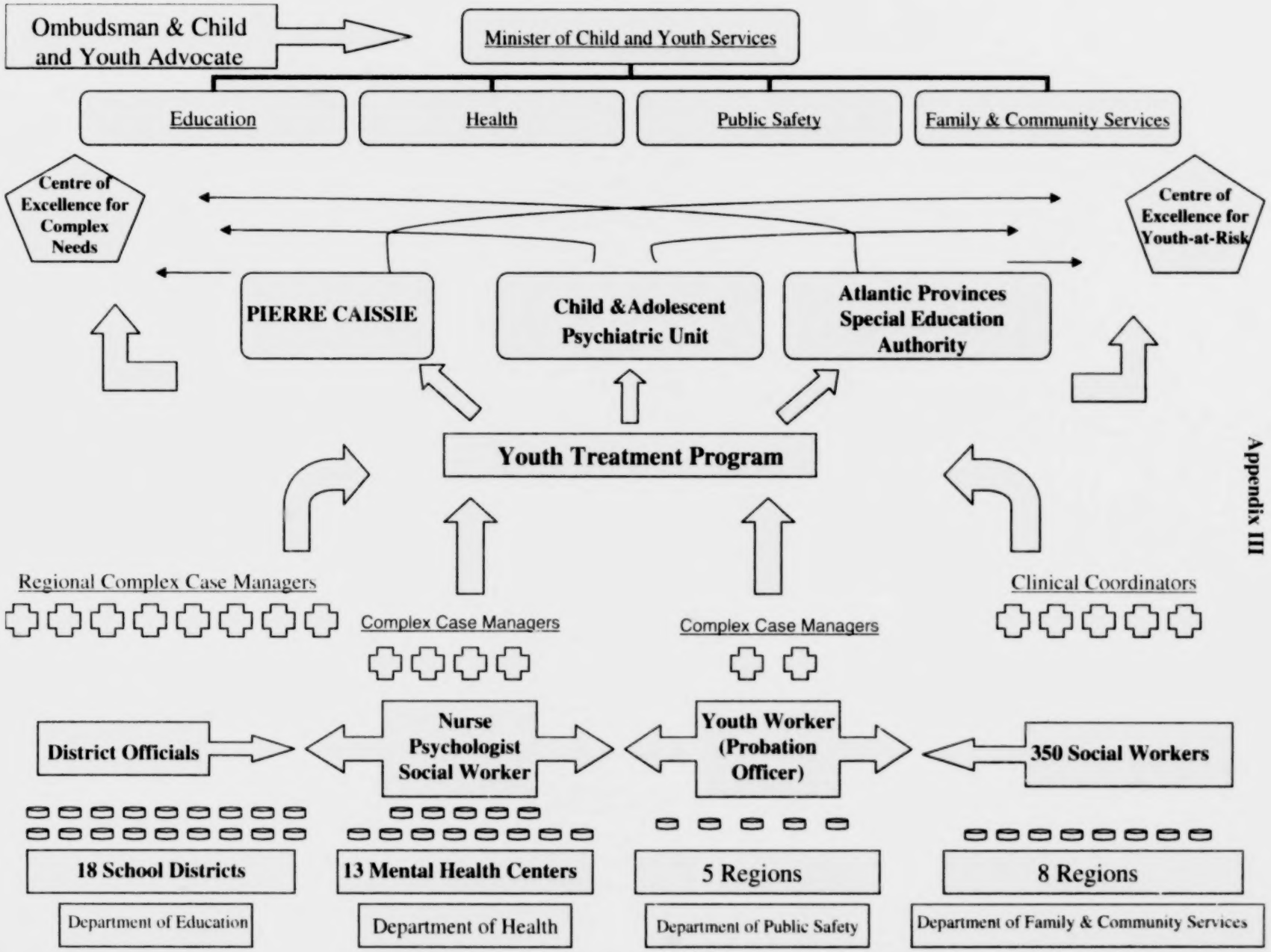
Organizations
Fredericton Emergency Shelter
Community Autism Center Inc.

Government Officials:

Barbara Whitenect
Yvette Doiron-Brun
Joan Mix
Gina Atkinson
Brian Kelly
Bob Gerard
Len Davies
Mike Boudreau
Gina St-Laurent
Ian Walsh
Faye Morehouse
Bob Eckstein

Researchers

Nicole Létourneau (Canada Research Chair in Healthy Child Development at UNB)
Susan Reid (Centre for Research on Youth at Risk)
Hélène Albert, École de travail social, U. de Moncton



Appendix III

Appendix IV

Bibliography

Becker, D., Hogue, A., and Liddle, H.A., *Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention* Child and Adolescent Social Work Journal, Vol. 19, No. 2, April 2002 163-179

Bryson, Susan, ***Our Most Vulnerable Citizens: Report of the Adult Task Force*** ISBN: 0-88955-287-8 published for Autism Society Ontario Guelph, Ontario, Canada November 1991

Canadian Institute for Health Information: Improving the Health of Canadians: Mental Health and Homelessness – Summary Report www.cihi.ca 2006

Convention on the Rights of the Child Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25 of 20 November 1989.

Chapel Hill TEACCH Center, *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism,* University of North Carolina, http://www.teacch.com/info_family.html

Government of Canada, The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada, 2006 http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index.html

Government of Canada, The Well-Being of Canada's Young Children: Government of Canada Report 2006, www.socialunion.ca ISBN: 978-0-662-69885-2 © 2007.

Greene, R.W., Biederman, J., Zerwas, S., Monuteaux, M.C., Goring, J.C. and Faraone, S.V. *Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder.* (Am J Psychiatry 2002; 159:1214–1224)

Greene, R.W. et al *A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach* Journal of Psychosomatic Research 55 (2003) 67– 75

Green R.W. and Ablon J.S. *What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD?* Journal of Clinical Child Psychology 2001, Vol. 30, No. 1, 114–121

Keys, S. G., Bemak, F., Carpenter, S.L. and King-Sears, M.E. *Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth* Journal of Counseling and Development Spring 1998 Vo. 76, pp. 123-133

Littell JH, Popa M, Forsythe B. "Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 4. Art. No.: CD004797. DOI: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.

MacKay, Wayne *Connecting Care and Challenge: Tapping Our Human Potential Inclusive Education: A Review of Programming and Services in New Brunswick,* January 2006

McCain, M.N., Mustard, J.F., Shanker, S. EarlyYears Study 2: Putting Science into Action. Council for Early Child Development, Toronto, March 2007.

Mustard, J.F., *Early Child Development and Experience-based Brain Development - The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World* Canadian Institute for Advanced Research, February, 2006.

Petrosino A,Turpin-Petrosino C,Buehler J. "Scared Straight\ and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency". *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2002, Issue 2. Art. No.: CD002796. DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

Province of Manitoba, Strengthen The Commitment : An External Review of the Child Welfare System Co-Chairs: Michael Hardy, Executive Director, Tikinagan CFS, Billie Schibler, Children's Advocate, Irene Hamilton, Manitoba Ombudsman, September, 2006

Province of New Brunswick, Family Foster Care Standards, January 2005.

Province of New Brunswick, Children Come First: Child Welfare Comprehensive Review and Redesign – Final Report NB Health and Community Services, October 1999.

Schoen, Alexis A. *What Potential Does the Applied Behavioural Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism?* 2003 Journal of Instructional Psychology Vol. 30 No. 2

Senate of Canada, **Children: The Silenced Citizens**, EFFECTIVE IMPLEMENTATION OF CANADA'S INTERNATIONAL OBLIGATIONS WITH RESPECT TO THE RIGHTS OF CHILDREN. Final Report of the Standing Senate Committee on Human Rights. The Honourable Raynell Andreychuk *Chair,* The Honourable Joan Fraser *Deputy Chair,*April 2007

Senate of Canada, The Standing Committee on Social Affairs Science and Technology Final Report on the Enquiry on the Funding for the Treatment of Autism: Pay Now or Pay Later – Autism Families in Crisis, Hon. Art Eggleton, Chair, March 2007.

Stahmer, A.C., Collings, N.M., and Palinkas, L.A. *Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers* Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, volume 20, number 2, summer 2005 pages 66–79

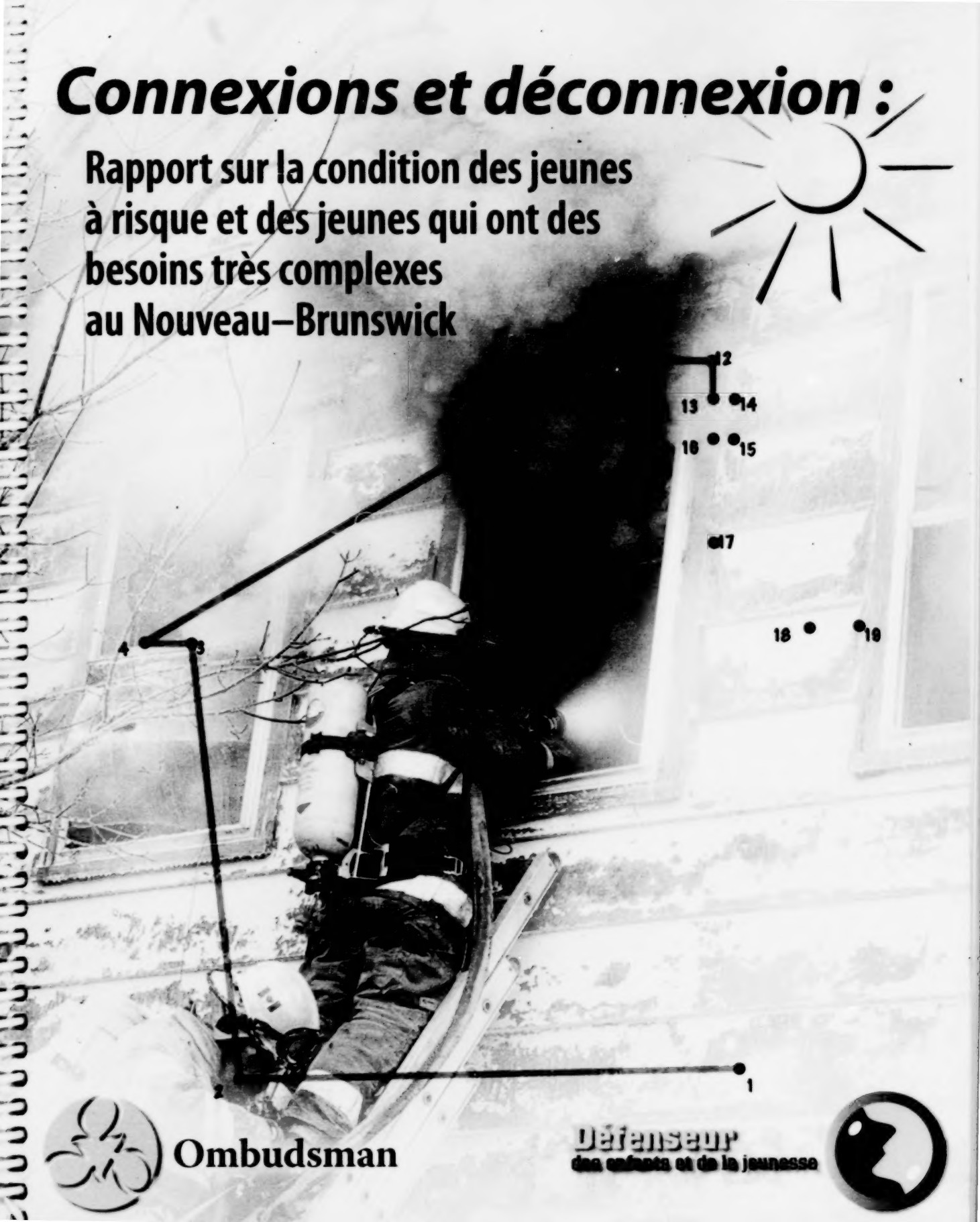
Stathopulu E,Zwi M, York A. Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol) *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 3. Art. No.: CD004255. DOI: 10.1002/14651858.CD004255.

Woolfenden SR,Williams K, Peat J. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 2. Art.No.: CD003015. DOI: 10.1002/14651858.CD003015.

Zanglis, I., Furlong, M.J. and Casas, J.M., *Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders* Behavioral Disorders; Aug 2000; 25, 4; pg. 359- 371

Connexions et déconnexion :

Rapport sur la condition des jeunes à risque et des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau–Brunswick



Ombudsman

Défenseur des enfants et de la jeunesse

« En tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, j'hésite à accorder plus d'importance à une recommandation qu'à une autre dans ce rapport. Selon moi, bon nombre des solutions proposées sont des éléments cruciaux d'un plan destiné à permettre au gouvernement provincial d'aller de l'avant dans son projet, soit de s'assurer que le bien-être des enfants passe avant tout. Cependant, comme point de départ, il serait opportun de fixer une limite et d'affirmer que nous allons arrêter de laisser le système judiciaire pénal pour les jeunes payer les pots cassés et être la solution provisoire pour nos défauts historiques dans le domaine des services de santé mentale s'adressant aux enfants et à la jeunesse. La raison de cette mise en évidence est évidemment l'ampleur de notre erreur, qui a permis à la situation actuelle de se poursuivre pendant tout ce temps. Ce n'est pas simplement une question de concevoir des solutions de santé mentale pour les patients en santé mentale, car, en toute honnêteté, cela est plus logique que de les traiter comme des criminels. Le problème, c'est que, lorsque nous faisons du système judiciaire pénal pour les jeunes notre solution par défaut pour les enfants qui ont des besoins complexes, nous mettons délibérément les jeunes enfants vulnérables en danger. L'approche est si fondamentalement contraire aux valeurs canadiennes que le Canadien moyen serait stupéfait d'apprendre que cela arrive aussi couramment. »

Bernard Richard, Connexions et déconnexion, 2007, p. 57

Équipe d'enquête

Enquêteur principal et conseiller juridique
Christian Whalen

Enquêteuse principale et travailleuse sociale
Francine Cantin

Enquêteurs et chercheurs
Jessica Albert
Mélanie Allain
Jennifer Daigle
Anne Doyle
François Levert
Caroline Lirette
Luke MacAulay
Jennifer Murray
Carrie Roth

Examinateurs
Steve Gilliland
Julian Walker

Photo de la couverture : Au début de l'hiver de 2007, un jeune du Nouveau-Brunswick est parti de chez lui et s'est retrouvé dans la rue à la recherche d'un abri au milieu de l'hiver. Il a trouvé refuge dans une maison abandonnée. En mars de la même année, la maison a été détruite par une lampe au kérosène utilisée pour de l'éclairage et de la chaleur. Heureusement, personne n'est décédé.

Connexions et déconnexion :
Rapport sur la condition des jeunes à risque et des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau-Brunswick

Rapport de l'ombudsman et du défenseur des enfants et de la jeunesse

Bernard Richard
Ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse au Nouveau-Brunswick
Janvier 2008

Connexions et déconnexion :
Rapport sur la condition des jeunes à risque et des jeunes qui ont des besoins très complexes au Nouveau-Brunswick

Publié par :
Bureau de l'Ombudsman
Province du Nouveau-Brunswick
Case postale 6000
Fredericton (Nouveau-Brunswick)
E3B 5H1
Canada

janvier 2008

ISBN 978-1-55471-074-4

Imprimé au Nouveau-Brunswick

Table des matières :

Page

Résumé 1

Aperçu 4

L'histoire de Jasmine 7

Méthodologie d'enquête 19

Chapitre 1 – Orientation et responsabilisation politiques : *L'histoire de Gabriel* 22

Chapitre 2 – Intégration des services : *L'histoire de William* 33

Chapitre 3 – Établissements de soins communautaires : *L'histoire de Jacob* 43

Chapitre 4 – Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de la santé mentale : *L'histoire de Nicholas* 54

Chapitre 5 – Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Benjamin* 70

Chapitre 6 – Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Samuel* 82

Chapitre 7 – Combler l'écart : Discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes 93

Conclusion 99

Annexe I – Condensé des recommandations 103

Annexe II – Intervenants consultés 117

Annexe III – Diagramme d'intégration des cas complexes 118

Annexe IV – Références bibliographiques 119

Résumé

L'ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse présente un rapport à l'Assemblée législative, à la suite de son enquête au sujet des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins très complexes. L'enquête a débuté en février 2006, mais l'ombudsman ne s'est pas vu accorder l'accès aux dossiers afin de mener l'enquête avant le début de l'année 2007. Le rapport comprend un examen de sept dossiers de plaintes individuelles relatives aux jeunes ayant des besoins très complexes et il énonce 48 recommandations à l'intention du gouvernement. L'ombudsman et défenseur des enfants et de la jeunesse s'est engagé à examiner ces recommandations avec le gouvernement dans un an pour mesurer les progrès réalisés. Le rapport et les recommandations sont divisés en sept domaines et thèmes généraux. Toutes visent à améliorer les services aux enfants et à la jeunesse dans la province du Nouveau-Brunswick.

La première série de recommandations vise à créer des conditions permettant une meilleure orientation et responsabilisation politiques en matière de bien-être à l'enfance. Ces recommandations sont divisées en trois parties. D'abord, celles qui ont trait à la propre fonction de surveillance du défenseur des enfants et de la jeunesse exigent un accès opportun aux dossiers de jeunes contrevenants et de protection de l'enfance, une présence et un défenseur plus actifs pour les enfants se trouvant dans des foyers de groupe et recevant des soins en établissement, ainsi qu'un accent plus marqué sur la surveillance régulière par le défenseur des services de bien-être à l'enfance. La recommandation clé porte sur la direction du Cabinet. Elle exige la nomination d'un ministre des services à l'enfance et à la jeunesse disposant d'un mandat législatif lui permettant de coordonner et d'intégrer les services aux enfants et aux jeunes à l'échelle de tous les ministères gouvernementaux. Le rapport préconise également une augmentation de la vigilance de la part de la société civile quant aux affaires de bien-être à l'enfance.

Le deuxième thème général comprend des recommandations visant l'intégration des services. Le rapport recommande que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse dispose d'un pouvoir législatif pour négocier les différends entre les ministères et les organismes au sujet du paiement des services et pour faciliter le partage de l'information entre les autorités publiques au sujet des enfants et des jeunes recevant des services. Des étapes opérationnelles et législatives sont recommandées pour améliorer la circulation des renseignements et une étude supplémentaire est recommandée en vue d'établir un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Enfin, on incite le gouvernement à instaurer des systèmes améliorés de renseignements en santé publique pour guider les familles des enfants dans le besoin.

La troisième série de recommandations porte sur l'offre d'établissements de soins communautaires. Le rapport prévoit l'établissement de deux centres d'excellence dans la province. Le premier serait consacré à la recherche et à l'offre de services aux enfants ayant des besoins très complexes, y compris l'établissement d'une capacité résidentielle communautaire pour ces jeunes; le second centre d'excellence, situé dans une autre collectivité du Nouveau-Brunswick, se concentrerait sur la catégorie plus large des jeunes à risque pour développer des interventions communautaires pour eux et en faire l'essai.

Le rapport préconise également un financement de base stable des maisons de transition pour les jeunes et un soutien des programmes ayant pour but de recruter et d'embaucher un personnel spécialisé dans ces maisons, de rehausser les salaires, la formation et le soutien clinique du personnel des foyers de groupe et des maisons de transition pour les jeunes, en vue de faire du système de santé mentale le premier intervenant en cas de crise, plutôt que d'impliquer le système de sécurité publique. Ces recommandations encouragent le gouvernement à redoubler d'efforts pour fournir des services axés sur l'enfant ainsi qu'une continuité des soins, afin de développer des relations stables avec les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes. La participation et la direction des régies régionales de la santé (RRS) sont jugées essentielles pour la mise en œuvre de ces initiatives.

Le quatrième thème général, qui est au centre de l'ensemble de ce rapport et réclame la décriminalisation des jeunes souffrant de troubles mentaux. Il recommande des services psychiatriques pour les enfants et les adolescents dans toutes les RRS, y compris le recrutement et le maintien en poste de psychiatres et de psychologues spécialisés et d'autres professionnels de la santé, ainsi que l'augmentation de la responsabilité des RRS pour les soins après le congé des jeunes patients souffrant de troubles importants de santé mentale. Le rapport recommande également d'approfondir la recherche sur l'utilisation et les avantages de la pharmacothérapie avec des psychotropes pour les enfants et de mettre en œuvre une mesure pour s'assurer que les enfants qui bénéficient de soins et les jeunes sous garde poursuivent leur médication telle qu'elle est prescrite par leurs médecins traitants. Il recommande de plus que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick redouble d'efforts pour informer les jeunes de leurs droits et recours lorsqu'ils sont placés en détention, qu'il cesse immédiatement ses pratiques de contraintes menottées et de fouille à nu sur des jeunes souffrant de troubles mentaux lorsqu'ils sont placés en isolation jusqu'à la réalisation d'une étude de toutes ses pratiques en rapport avec l'utilisation des protocoles d'isolation et de transfert pour ces personnes.

Le rapport propose ensuite des recommandations dans le domaine des services éducatifs et suggère que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour engager et impliquer les services de santé publique et les services de bien-être à l'enfance ainsi que des agents de la sécurité publique dans des approches multidisciplinaires vis-à-vis de l'inclusion scolaire. Cet objectif pourrait être atteint grâce à l'utilisation et au développement du Programme de traitement pour les jeunes, par l'instauration d'une Commission de l'enseignement spécial pour les jeunes ayant des besoins complexes, par l'augmentation de l'offre des services éducatifs dans des milieux différents autres que la salle de classe et par le développement de programmes pilotes, comme l'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle, à titre de variantes à la salle de classe traditionnelle. Enfin, il est recommandé que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse coordonne les efforts en matière de formation multidisciplinaire pour les enseignants, pour d'autres employés en classe, pour les employés en santé mentale et pour les employés des services de bien-être à l'enfance, ce qui permettrait d'intégrer et de coordonner davantage la prestation de services.

Le rapport encourage ensuite le gouvernement à prendre des mesures pour soutenir les familles des jeunes à risque et d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes. Il recommande l'établissement d'équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial, la mise en place de lignes directrices pour favoriser et pousser à opter pour les interventions dans le milieu familial plutôt que pour les choix de placement résidentiel. Il prescrit une amélioration de l'aide aux familles après le diagnostic, en collaboration avec des intervenants de la collectivité, une amélioration de l'attention portée à la continuité des soins et des soins permanents pour les enfants ayant des besoins très complexes, ainsi qu'un perfectionnement des mécanismes pour favoriser les relations familiales après le placement en dehors du foyer.

Le rapport est clôturé par un chapitre exhortant le gouvernement à l'élimination de la discrimination dans les services à la jeunesse grâce à des amendements à la *Loi sur les services à la famille* qui supprimerait les lacunes dans les services aux enfants âgés de 16 à 19 ans.

Aperçu

Il y a peu de choses dans la vie que nous chérissons plus que nos enfants. Nos vies se consument avec les efforts que nous faisons pour fonder un bon foyer et fournir à nos enfants ce qu'il y a de mieux dans la vie. En tant que société, nous accordons de la valeur aux investissements que nous faisons dans les enfants et la jeunesse. Le Nouveau-Brunswick a été parmi les premières juridictions dans le monde à créer un ministère des familles. Nos lois et notre discours politique sont remplis de références qui mettent l'accent sur les intérêts de l'enfant, sur l'éducation accessible à tous, sur le besoin de fonder un bon foyer pour nos enfants, pour améliorer les investissements dans les services à la petite enfance.

Étant donné le discours et l'engagement fondé sur des principes envers les enfants et les jeunes, on penserait bien trouver dans le champ une affirmation universelle de ces objectifs, ainsi que des solutions de prestation de services pour chaque cas d'enfants dans le besoin. Néanmoins, regardons la vérité en face.

Au cours de mon mandat en tant qu'ombudsman et au cours de l'année dernière en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse dans cette province, l'une de mes priorités constantes a été d'améliorer le niveau des services aux enfants et à la jeunesse. Dans mes premiers rapports d'enquête systémique en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, je voulais me concentrer complètement sur les secteurs les plus démunis. Les plaintes à l'égard de mon bureau étaient les suivantes : 1) les lacunes dans les services, en général pour la jeunesse au Nouveau-Brunswick, en particulier les jeunes âgés entre 16 et 19 ans, et 2) le manque de services et de coordination d'efforts pour satisfaire les besoins des enfants et des jeunes qui ont des besoins très complexes.

Un de nos anciens premiers ministres, Pierre Elliott Trudeau, nous a rappelé souvent que la vraie mesure de toute démocratie était la manière dont la majorité traite ses minorités discrètes. Entre les silencieux et les anonymes qui sont parmi nous se trouvent les enfants et les jeunes dont les histoires sont racontées dans les extraits de ce rapport. Cette province ne peut tout simplement pas se permettre de se reposer sur ses lauriers ou sur le succès rencontré par son programme de services d'adoption, ou de se vanter de son leadership dans les domaines de l'intégration et de l'inclusion scolaire. Ce rapport est bien trop rempli de comptes rendus d'enfants laissés de côté. Ils sont oubliés à cause de leur âge. Ils sont oubliés à cause de leur niveau d'aptitude. Ils sont marginalisés à cause de leurs problèmes comportementaux et de santé mentale. Ils sont souvent abandonnés, car ils sont si difficiles à aimer.

Cependant, presque tous les jours, leur humanité et leur vulnérabilité peuvent toucher les plus forts d'entre nous.

Si notre objectif en tant que société est de devenir vraiment autonome, alors nous ne pouvons pas nous permettre de courir à toute allure sans nous assurer que nous sommes tous ensemble dans la course. Toute démarche d'autosuffisance en tant que société doit prendre en compte la mesure dans laquelle l'État égalise les règles du jeu et offre les

besoins fondamentaux et l'égalité des chances aux plus démunis. Mon enquête relative aux plaintes des parents analysées ci-dessous m'a convaincu du long chemin qu'il nous reste à parcourir pour atteindre le programme d'égalité des chances. À mesure que nous bâtissons sur ces fondations et que nous allons au-delà, vers l'autosuffisance, nous ne pouvons pas nous permettre de progresser sur un front au détriment de l'autre front.

Selon moi, les défis auxquels les jeunes Néo-Brunswickois font face en général en ce moment, tout particulièrement les enfants et les jeunes qui ont des besoins complexes, sont si difficiles que j'ai pris des dispositions sans précédent en exhortant tous les membres de l'Assemblée législative à collaborer en vue de mettre en œuvre les recommandations dont il est question dans ce rapport, en présentant ce rapport à l'Assemblée. La *Loi sur l'Ombudsman*, ainsi que certains amendements à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, permettent que pour certaines recommandations qui ont échappé pendant trop longtemps à l'attention urgente du gouvernement, l'ombudsman puisse présenter son rapport et ses recommandations à l'Assemblée. En général, ce processus est la sanction définitive de l'ombudsman, et à ma connaissance, aucun de mes prédécesseurs dans ce bureau n'a jamais pris cette dernière mesure dans le processus de l'ombudsman. Cependant, ces recommandations vont au cœur de la question et cela prendra un certain temps pour qu'elles soient mises en œuvre. Le rapport, selon moi, mérite un degré d'attention élevé et la coopération et la participation de nos représentants élus de tous les côtés de la Chambre. Dès lors, j'ai décidé de présenter ce rapport spécial à l'Assemblée en vue de réexaminer chacune des recommandations avec le gouvernement à l'intérieur de la prochaine année.

Tout au long de cette très longue enquête, moi, ainsi que les membres de mon équipe qui participent à cet effort, avons été frappés à la fois par le courage et par le désespoir des parents d'enfants et de jeunes ayant des besoins complexes qui ont demandé de l'aide auprès de ce bureau. En tant que défenseur et ombudsman, je ne dispose que d'un pouvoir de recommandation. Pour souligner les recommandations émises dans ce rapport, je sentais que je ne pouvais pas faire mieux que de faire entendre les voix des parents et des jeunes dont les histoires ont résonné si profondément en moi.

Le volume de ce rapport est dès lors un exposé graphique des défis et du manque de services et du manque de coordination d'efforts auxquels se heurtent les jeunes et les parents qui se sont plaints auprès de moi. À tous les égards significatifs, ces extraits sont les histoires des jeunes eux-mêmes telles que racontées par leurs parents et par leurs êtres chers. Mes enquêteurs ont entendu ces récits et ils les ont comparé aux dossiers volumineux dévoilés par les ministères et les organismes gouvernementaux pour examiner leur véracité, mais les histoires demeurent celles des parents eux-mêmes et les impressions demeurent celles que les efforts du gouvernement leur ont laissé. Fort longuement, j'ai eu du mal à me résoudre à remplacer tous les noms des jeunes présentés dans le rapport par des noms fictifs qui protégeraient leur identité. Je me demandais si cela était plus respectueux envers la dignité humaine de chaque jeune concerné ainsi que de sa famille de les désigner par leur nom et qu'ils témoignent de leur histoire publiquement, ou de masquer leur identité. Au bout du compte, j'ai décidé de laisser ce choix aux jeunes et à leurs parents eux-mêmes, en admettant que par égard pour ce

rapport, qui restera un dossier public, leur intimité sera peut-être mieux gardée par l'utilisation de noms d'emprunt tout au long du texte.

Les extraits de ces jeunes personnes sont disposés de manière à illustrer les différents chapitres de ce rapport. Chaque chapitre commence par le profil d'un jeune et les recommandations pour améliorer ce cas particulier suivent. Les recommandations pour les améliorations à apporter sont regroupées en fonction des sujets principaux suivants du rapport : augmentation de l'orientation et de la responsabilisation politiques; intégration des services; amélioration de l'offre des services de soins en établissement; décriminalisation de la conduite des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale; offre de services éducatifs faits sur mesure pour les jeunes ayant des besoins complexes; soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins complexes. Je termine par un chapitre centré sur les lacunes dans les services aux enfants âgés de 16 à 19 ans.

Je débute par un examen de la méthodologie de notre enquête et je fais des commentaires sur les difficultés relatives aux procédures que nous avons rencontrées et qui, je crois, méritent d'être mentionnées. J'établis ensuite un lien entre les histoires de Gabriel, William, Jacob, Nicholas, Benjamin et Samuel et les six domaines principaux de recommandations présentées. Finalement, je termine par une récapitulation des recommandations. Toutefois, afin de permettre au lecteur de se situer, je commence par l'histoire où mon enquête a débuté : l'histoire de Jasmine.

<u>Née le plus beau jour de sa vie</u>
Même l'angélus n'a pas réussi à étouffer le premier cri de Radegonde.
Ouàààà!
Et la cloche a répondu : Et Verbum Caro Factum est.
...
La cloche hurle. Radi hurle, c'est à qui enterrera l'autre. Puis de tous les côtés c'est des guidi-guidi et des chatouilles sous le menton, regardez on jurerait qu'elle comprend! Elle n'a pas crié de peur, elle a sonné avec les cloches, des pieds et des poings, et s'est annoncée elle-même en plein midi.
Le plus beau jour de sa vie.

Extrait d'un texte inédit d'Antonine Maillet,
Publié en sérigraphie le 23 avril 1990
Papeterie Saint-Gilles, Charlevoix, Québec

L'histoire de Jasmine

La mère de Jasmine, comme tous les parents mentionnés dans ce rapport, a appelé à l'aide le Bureau de l'Ombudsman, après avoir frappé à toutes les portes qu'elle pouvait. Mes enquêteurs l'ont rencontrée plus d'une fois et, chaque fois, son récit de l'histoire de Jasmine était détaillé, précis et complet. Elle l'a racontée souvent. Les étudiants en travail social et en psychologie clinique s'étonnent souvent des soignants qui peuvent donner des comptes rendus si parfaits des antécédents sociaux ou médicaux des personnes dont ils ont la garde. Malheureusement, si l'histoire est si bien récitée, ce n'est là qu'un testament des tentatives infructueuses effectuées par chaque système – éducatif, médical, social, juridique et pénal – pour répondre aux besoins de Jasmine.

Inévitablement, l'histoire de cette mère a commencé avec sa grossesse et le processus d'accouchement. Les histoires des familles narrées ici ont un point commun avec tant de nos histoires prises séparément : un commencement heureux rempli d'espoirs et d'attentes. Dans certains cas, ces jours heureux sont éphémères et peu nombreux, puisque le cercle familial est englouti par la spirale de la maladie, de l'isolation, des sarcasmes, des mauvais traitements, des problèmes scolaires ou des problèmes avec la loi, comme cela peut arriver avec des enfants souffrant de troubles oppositionnels avec provocation ou avec certains enfants autistes. Dans d'autres cas, les problèmes de santé mentale ne font surface ou ne deviennent accablants que vers le milieu ou la fin de l'adolescence, et l'enfance se déroule allègrement, comme cela peut arriver avec la schizophrénie ou avec des formes plus bénignes du syndrome d'Asperger. Néanmoins, du point de vue des parents, les sentiments de perte et de souffrance lorsqu'ils regardent la bataille de leur enfant contre ses problèmes de santé mentale sont douloureux et persistants, peu importe à quel moment la maladie s'est déclarée.

On a diagnostiqué une schizophrénie chronique chez Jasmine. En règle générale, on pouvait s'attendre à ce que les problèmes de santé mentale de Jasmine fassent surface beaucoup plus tard, mais son histoire est exceptionnelle sous ce rapport et cela peut contribuer à expliquer la raison pour laquelle les interventions précoces étaient si inefficaces et pourquoi son cas reste aussi troublant.

L'enfance de Jasmine est semblable à celle de la plupart des autres enfants. Elle est née naturellement sans aucune complication et elle semble se développer normalement, elle marche et parle aux stades appropriés. Toutefois, vers l'âge de 2 ou 3 ans, sa mère remarque qu'elle est nerveuse. Sa mère l'élève seule. Jasmine a constamment besoin de quelqu'un près d'elle et elle éprouve des difficultés à s'amuser seule. Elle dort aussi beaucoup. Lorsqu'elle était jeune, Jasmine a vécu avec sa grand-mère durant plusieurs semaines et elle s'est plutôt attachée à elle. À l'âge de 4 et 5 ans, elle est une enfant sociable et semble s'adapter à l'école maternelle, mais elle devient plus renfermée en première année.

Alors que Jasmine est âgée de 7 ans, sa grand-mère décède. Sa mère traverse une période difficile lorsqu'elle doit expliquer ce décès à Jasmine et celle-ci se renferme davantage sur elle-même. Jasmine commence à avoir des difficultés dans sa relation avec les enfants de son âge. Même les rapports qu'elle entretient avec des enfants plus jeunes – qu'elle choisit le plus souvent – la troublent beaucoup. Sa mère explique que Jasmine était souvent renvoyée à la maison en pleurant, après avoir joué avec des enfants plus jeunes. Elle manifeste beaucoup d'épisodes de pleurs, dont bon nombre n'ont pas de causes apparentes.

Entre l'âge de 7 et 9 ans, elle a des problèmes de concentration, elle est désorganisée et souvent somnolente. On n'a trouvé aucune raison médicale à ses douleurs et à ses souffrances. Peu à peu, elle devient plus agressive et oppositionnelle. Cela peut prendre jusqu'à quatre heures pour qu'elle fasse ses devoirs. Elle passe d'une fillette heureuse et docile à une enfant au comportement colérique et provocateur. Cependant, son comportement provocateur se manifeste seulement à la maison et elle n'affiche pas encore ce type de comportement à l'école.

En sixième année (lorsqu'elle a 11 ou 12 ans), les problèmes commencent à se poser en dehors de la maison. Jasmine subit des brimades à l'école parce qu'elle est différente. Elle est transférée dans une autre école, mais, là aussi, elle est intimidée. Les autres enfants lui jouent des tours et sa mère a du mal à la faire aller à l'école. La sixième année a été la dernière année de Jasmine dans le système d'éducation ordinaire.

Le comportement de Jasmine à la maison empire peu à peu. Sa mère remarque qu'elle ramasse des déchets et qu'elle les garde dans sa chambre. Jasmine croit qu'elle est une gamine flic qui patrouille le voisinage. Elle manifeste de l'anxiété en présence d'autres enfants et ne socialise pas avec eux. Elle fait une crise de jalousie si sa mère prête attention à d'autres enfants. Sa mère a encore plus de mal à discipliner Jasmine, étant donné qu'elle frappe, donne des coups de pieds et mord. La seule chose qui calme Jasmine est le retrait. Ses parents placent des sécurités-enfants dans sa chambre et ils l'y

mettent. L'enfant ne veut pas manger et croit qu'on l'empoisonne. Elle dit que sa nourriture goûte l'urine ou l'alcool.

En février 2000, alors que Jasmine a 11 ans, sa mère appelle les services de santé mentale et elle est placée sur une liste d'attente. Son cas ne sera attribué à une travailleuse qu'en mai 2001.[1]

À ce stade, la mère ou le beau-père de Jasmine peuvent la trouver cachée et elle se met à les regarder fixement. D'autres personnes commencent à remarquer son comportement étrange. Elle commence à avoir des problèmes à l'école aussi.

Un jour, sa mère attrape Jasmine en train d'essayer de sauter par la fenêtre du troisième étage. Sa mère explique qu'elle a immédiatement rappelé les services de santé mentale et on lui a dit qu'on la rappellerait. Selon les services de santé mentale, un employé a tenté de rejoindre la mère mais sans succès. Elle manifeste un comportement très provocateur et colérique à l'école. L'enseignante-ressource aborde le sujet avec sa mère et lui conseille d'obtenir une consultation chez un psychologue pour Jasmine. La mère se demande à quel moment un enfant souffrant des problèmes comportementaux tels que ceux de Jasmine devient une priorité.

Finalement, en mai 2001, sa mère l'emmène chez un psychologue (à ses propres frais, car elle n'a pas d'assurance). Jasmine ne veut pas y retourner, mais elle poursuit les consultations pendant 4 ou 5 séances. Le thérapeute recommande que Jasmine aille en consultation à l'hôpital pour se faire évaluer. On lui suggère de l'emmener à la salle d'urgence la prochaine fois qu'elle fait une crise. (Sa mère explique qu'elle l'aurait amenée bien plus tôt si elle avait su qu'elle avait le choix de le faire.)

À 12 ans, l'état de Jasmine empire progressivement. Elle est incapable de dormir et affiche des comportements compulsifs; elle reste debout toute la nuit à nettoyer. Cette situation se poursuit durant quelques semaines. Les fins de semaine, on l'emmène chez son grand-père pour que sa mère puisse dormir.

Jasmine est emmenée à l'hôpital à la suite d'un incident où elle est introuvable à l'école et qu'elle est retrouvée ultérieurement dans la salle de bains. Elle continue à protester violemment une fois dans la cour de l'école et l'école recommande à son beau-père de l'emmener à l'hôpital.

Lors de l'examen médical, Jasmine signale au personnel de l'hôpital qu'on lui inflige des mauvais traitements à la maison. Le personnel infirmier informe la mère de Jasmine de

---

[1] Selon les dossiers des Services de santé mentale, la mère a appelé la première fois en février 2000. Jasmine est alors placée sur une liste d'attente. En janvier 2001, sa mère appelle de nouveau et on lui dit que les choses ne vont pas bien pour ce qui est de la prestation de services et qu'il n'est pas possible à ce moment-là d'assigner un travailleur. En mai 2001, la mère appelle de nouveau. La priorité de l'intervention est à nouveau réévaluée. Plus tard en mai, une travailleuse est assignée au cas. Un peu plus tard, la mère laisse un message vocal à la travailleuse. Celle-ci la rappelle le jour même et lui laisse un message vocal. En juin 2001, la mère réussit finalement à joindre la travailleuse et l'informe que sa fille a été admise à l'hôpital.

ces allégations et, selon le protocole, soumet le dossier au ministère des Services familiaux et communautaires (SFC).

Une enquête conclut que les allégations ne sont pas fondées. Le psychiatre, sentant que les parents sont dépassés par les défis que présente l'état de leur fille, recommande que les services de protection de l'enfance maintiennent leur engagement, pour aider les parents. Il devient de plus en plus évident pour les parents que le comportement de Jasmine est associé à un problème de santé mentale. Durant ce séjour à l'hôpital, Jasmine est diagnostiquée comme ayant un « trouble psychotique accompagné d'une paranoïa aigüe ».

Le psychologue s'occupant des soins de Jasmine recommande qu'elle soit placée à l'extérieur de la famille, en raison de la détérioration de son état. Ses parents, toutefois, veulent en savoir davantage sur la maladie de Jasmine et sur la façon de composer avec ses comportements. Jasmine est renvoyée à la maison.

Le comportement excentrique de Jasmine s'aggrave. Sa mère la suit partout à cette époque, car elle est très préoccupée par la sécurité de Jasmine et par celle des autres. Convaincue qu'au moins Jasmine n'est pas suicidaire, puisqu'elle s'arrête au moindre mal, sa mère prend l'habitude de s'asseoir dehors lorsque Jasmine se comporte de façon très colérique. Ainsi, les voisins ne la soupçonneraient pas de maltraiter sa fille. (Quelqu'un a déjà appelé la police en raison de la commotion qu'il y avait dans la maison quand Jasmine fait une crise.) Sa mère décrit une situation où Jasmine est devenue très en colère et où elle a donné des coups de poing et des coups de pied et proféré des jurons envers sa mère. Les délires de sa fille deviennent plus fantastiques; elle allègue qu'elle est pleine d'insectes, que sa peau est un manteau, que sa mère conserve le corps d'un garçon mort dans la garde-robe. Elle dit également entendre des voix et elle a des hallucinations.

Le lendemain de son congé, la mère de Jasmine appelle l'unité de psychiatrie et fait admettre sa fille à nouveau à l'unité psychiatrique pour enfants et adolescents (UPEA). Elle est placée en isolement pour observation; elle est très agressive et paranoïaque. On essaie plusieurs médicaments pour gérer son comportement.

En août 2001, son psychiatre admet que Jasmine présente l'un des cas les plus complexes qu'il ait vu depuis longtemps. Il recommande le placement de Jasmine dans un foyer d'accueil de traitement ou dans un foyer de groupe. Deux psychiatres examinent Jasmine et tous deux recommandent un placement dans un foyer de groupe structuré. Entre temps, l'hôpital la réfère à la clinique locale de santé mentale et le cas de Jasmine passe de la liste d'attente à l'attention des professionnels de la santé mentale.

En septembre 2001, sa mère l'emmène dans une unité psychiatrique en dehors de la province pour avoir un deuxième avis. Elle est placée dans une unité ouverte et, après un séjour de trois mois, le diagnostic de psychose NSA (non spécifié ailleurs) est confirmé. Elle est renvoyée de l'hôpital en novembre. Une fois Jasmine de retour à la maison, son comportement excentrique reprend. On lui prescrit du Seroquil et du Paxil, mais elle ne les prend pas volontiers ou pas très régulièrement. Elle pense qu'on l'empoisonne.

À la fin du mois de novembre 2001, sa mère demande aux SFC de venir chercher Jasmine. Elle est placée dans un foyer de groupe dans la région de Moncton. Les hallucinations et certains des symptômes décelés durant son séjour à l'unité psychiatrique en dehors de la province s'amoindrissent, mais elle a toujours des difficultés à vivre en communauté.

Le placement en foyer de groupe lui fournit un environnement structuré et rigoureux qui, toutefois, ne répond pas aux besoins de Jasmine. Elle y est resté une année, alors que le foyer est destiné aux jeunes à risque pour une courte période seulement. Durant ce temps, Jasmine est accusée de nombreux actes criminels, tels que voies de fait, dommages matériels, inobservation des conditions et manquement aux conditions de la probation. Elle fait le jeu des navettes entre le foyer de groupe et le tribunal et, à plusieurs reprises, elle est renvoyée au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB), l'installation correctionnelle provinciale pour les jeunes située à Miramichi.

En novembre 2002, Jasmine, 13 ans, est rendue à nouveau à la garde de sa mère. Une altercation avec sa mère a lieu à la maison et Jasmine la pousse dans l'escalier. Elle appelle la police pour de l'aide. On lui indique que la police ne peut pas intervenir, sauf si la mère est prête à porter plainte. Comme rien n'a fonctionné (le placement en foyer de groupe a échoué et l'hôpital n'est pas prêt à reprendre Jasmine) et puisqu'elle ne pense pas pouvoir assurer une maison sécuritaire pour sa fille, elle décide de porter plainte pour que la police puisse intervenir et que l'on puisse faire autre chose pour sa fille. Jasmine est alors accusée de voies de fait, de dommages matériels et de résistance à l'arrestation, puis, dans l'attente d'un procès, elle est renvoyée au CJNB. En prévision du procès, sa mère est priée de remplir une Déclaration de la victime. Cinq ans plus tard, à travers ses larmes, elle souligne être toujours offensée par la question. Personne n'a donc compris que la véritable victime dans cette tragédie, c'était Jasmine, et non sa mère? Ne faudrait-il pas faire quelque chose pour aider sa fille?

En mars 2003, Jasmine plaide coupable à toutes les accusations et est condamnée à 6 mois de détention au CJNB de Miramichi.

Au cours de son séjour au CJNB, Jasmine est envoyée à plusieurs reprises en isolement thérapeutique (IT). IT est l'acronyme pour l'unité d'isolement du CJNB. Les résidents du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick y sont envoyés lorsque leur comportement perturbateur l'exige. À une occasion, lorsqu'un groupe de jeunes jouent au basket-ball dans le gymnase, un conflit éclate entre Jasmine et une autre jeune. Cette situation n'est pas hors contexte, surtout dans un centre tel que le CJNB. Elle est donc envoyée en IT.

Il existe un protocole au CJNB pour transférer les résidents de leur unité à l'IT, qui se trouve dans un petit bâtiment séparé. Après être revenue dans son unité, après l'incident relatif au basket-ball, deux gardiens arrivent pour escorter Jasmine à l'IT. Les gardes portent des tenues d'intervention avec des vestes, des casques et des visières et sont là pour soutenir le superviseur responsable du transfert de Jasmine à l'IT. Pour le transfert vers une unité située à quelque mètres, Jasmine est menottée et enchaînée. Elle résiste au processus verbalement et physiquement avant d'obéir. Une fois arrivée à l'unité d'IT,

Jasmine est soumise à une fouille à nu avant d'être placée en isolement. En accord avec le protocole du centre correctionnel, la totalité du processus est enregistrée sur bande vidéo. Bien que l'angle de vue de la caméra durant la fouille à nu soit fixé uniquement sur la gardienne qui s'occupe de la fouille de Jasmine, le branchement audio capte toutes les protestations de la jeune fille et offre un récit très gênant de l'outrage subi.

J'ai visionné les enregistrements. J'ai de graves réserves quant à la nécessité de traiter un enfant de la sorte. Traiter de la sorte un enfant qui souffre de graves problèmes de santé mentale me semble tout à fait indéfendable. Le fait que Jasmine ait dû être soumise à ce traitement pour une présumée mauvaise conduite en jouant au ballon est tout simplement déconcertant. Il est difficile de trouver des descripteurs à la hauteur des graves préoccupations qui surviennent à la suite du visionnement de la bande vidéo. Néanmoins, le grave problème qui doit avant tout être déterminé est de savoir s'il s'agit là d'une punition qui n'est ni cruelle, ni insolite. Pour les non-initiés, cela a l'air d'être le cas.

À la fin du mois de juillet 2003, alors qu'elle purge sa peine au centre correctionnel pour jeunes de Miramichi, Jasmine est accusée d'avoir proféré des menaces envers un agent de correction. Elle plaide non coupable. La date du procès est fixée au mois d'octobre.

En attendant la libération de Jasmine de la garde en milieu fermé (son examen par le tribunal pour adolescents doit avoir lieu le 6 août), les SFC obtiennent une entente de garde avec la mère et le beau-père et Jasmine est placée sous la tutelle du ministre pour 6 mois. Les représentants du Ministère soulignent qu'ils ne pensent pas pouvoir fournir un placement sécuritaire spécialisé qui réponde aux besoins de l'enfant, du moins rien de mieux que ce que les parents peuvent lui offrir. Cependant, l'entente de garde temporaire les engage, jusqu'à un certain point, à fournir des services pour Jasmine. Ils trouvent un foyer d'accueil disposé à accepter Jasmine. Quelques rencontres sont organisées avec les parents du foyer d'accueil au centre correctionnel, ainsi qu'une visite au foyer d'accueil pendant une fin de semaine. Toutefois, puisque l'état de Jasmine s'aggrave (perceptions déformées, délires et tendances paranoïdes) et qu'elle refuse de respecter son régime de médicaments, le foyer d'accueil retire sa proposition de placement.

À l'examen du tribunal pour adolescents le 6 août, SFC avisent le juge qu'il n'y a pas de placement pour Jasmine. Selon les notes au dossier de SFC, la mère s'est levée et a déclaré que s'il n'y avait pas d'autre endroit pour sa fille que le CJNB, elle la prendrait chez elle. Le juge lui rappelle alors que le ministre a une entente de garde de 6 mois et qu'il est légalement responsable du soin de sa fille. Un autre examen est fixé pour le 27 août.

À partir de ce moment, l'état de Jasmine se détériore rapidement. Elle commence à uriner dans ses vêtements et à épandre ses excréments partout dans sa chambre, dans la salle de toilette et dans la douche, et elle refuse de se nettoyer. Elle profère des jurons envers les autres et elle se parle à elle-même. Puisqu'il n'est pas possible de la laisser aves les autres jeunes dans ces conditions, elle est placée en isolement. Le CJNB, comprenant qu'elle est une jeune contrevenante, recommande de l'hospitaliser, puisque ses besoins dépassent leurs capacités.

Le 13 août, une conférence de cas est tenue à laquelle participent plusieurs professionnels. Le psychiatre du CJNB souligne qu'il pense que Jasmine montre des signes de schizophrénie infantile. Son ancien psychiatre souligne qu'il croit maintenant que sa jeune patiente « fabrique ses symptômes, délires et hallucinations ». Il déclare de plus que le CJNB devrait lui donner ses médicaments même si elle ne veut pas les prendre. Le représentant du CJNB précise que le protocole du centre l'empêche de forcer un jeune à prendre ses médicaments. Le personnel d'un hôpital, par contre, peut le faire.

Les notes du dossier témoignent d'une relation tendue entre les SFC et la mère de Jasmine. À ce moment-là, elle fait pression sur le Ministère pour trouver un placement pour Jasmine. D'autre part, le Ministère accuse la mère de communiquer des messages variés à Jasmine : elle veut la prendre chez elle et elle veut qu'elle soit placée parce qu'elle présente des défis.

Le 26 août, la journée précédant la nouvelle présentation de son cas au tribunal pour adolescents, le psychiatre de Jasmine au CJNB informe la travailleuse sociale qu'il croit que son diagnostique est clairement la schizophrénie et il recommande qu'elle soit admise à l'UPEA sans son consentement. Il souligne également qu'il sait qu'il n'y a pas de lit vacant à l'UPEA à ce moment-là.

Au tribunal pour adolescents, un rapport de son psychiatre est présenté. Il y souligne qu'elle « représente un ' immense ' risque pour elle-même et pour les autres si elle ne reçoit pas le traitement adéquat ». Son ancien psychiatre souligne qu'avec des services appropriés, Jasmine pourrait être chez elle. Finalement, le juge ordonne une évaluation de 30 jours à l'UPEA. Peu après l'audience de la cour, les professionnels engagés dans le dossier reçoivent un appel téléphonique des représentants de la cour soulignant que le juge convoque à nouveau tout le monde parce que l'UPEA refuse de l'admettre, malgré l'ordonnance de la cour. Les notes du dossier montrent que le juge a considéré l'envoyer au Centre hospitalier de Restigouche, mais que d'autres personnes l'en ont dissuadé. Au centre de Restigouche, elle aurait été placée avec des adultes ayant de sérieuses maladies mentales. Le juge convoque les représentants de l'UPEA pour se plaindre de leur refus de l'admettre. Jasmine est retournée au CJNB. Plus tard cet après-midi-là, le travailleur social de Jasmine reçoit un appel téléphonique du bureau du juge l'avisant que le psychiatre pour jeunes de l'UPEA a pris des arrangements pour son admission. Le juge a apparemment demandé aux psychiatres, celui du CJNB et celui de l'UPEA, de se présenter à sa cour le 3 septembre, « pour expliquer leur rapport et pour faire des recommandations ». Le 2 septembre, Jasmine est transférée du CJNB à l'UPEA.

Le matin du 3 septembre, le juge ordonne à Jasmine de rester à l'UPEA. Si elle est libérée avant le 23 septembre, elle doit être remise au CJNB pour y terminer sa sentence. Après le 23 septembre, le juge rend SFC responsable de lui trouver un « placement thérapeutique ».

Durant son séjour à l'UPEA, SFC envoie une demande à son psychologue des services de santé mentale lui demandant de contribuer à fournir à Jasmine de l'aide relativement à

des problèmes précis. La note au dossier souligne …« psychologue de la clinique de la santé mentale de Moncton… explique que le ministre de la Santé et du Mieux-être ne peut fournir aucun service de soutien pour aider Jasmine à réintégrer la communauté, à l'initier au système scolaire, à comprendre et à composer avec sa maladie, etc. » La raison donnée est qu'aucun financement n'était disponible pour cela.

Durant cette période, le travailleur social de SFC encourage fortement le retour de Jasmine à l'école pour qu'elle termine son éducation. Parce qu'elle a maintenant 14 ans, elle ne peut plus fréquenter l'école intermédiaire, bien que son niveau scolaire se situe à l'intermédiaire. Malheureusement, elle n'a jamais terminé l'école. Jasmine est libérée de l'hôpital le 19 novembre. Comme aucun placement résidentiel ou thérapeutique n'a été trouvé, elle retourne au foyer de groupe.

Quelques semaines plus tard, Jasmine retourne à l'UPEA, où elle reste pendant environ 6 mois. Bien que le foyer de groupe ne soit pas considéré un placement approprié, il est jugé plus approprié qu'un placement à l'hôpital. Par conséquent, Jasmine retourne au foyer de groupe chaque fois qu'elle est libérée de l'hôpital. Durant cette période, les notes du dossier indiquent que SFC a fait enquête sur la possibilité de l'admettre à deux programmes résidentiels aux États-Unis. Ces placements ne se sont jamais concrétisés.

En mars 2004, les documents soulignent la lutte entre SFC et la Santé mentale en vue de trouver un placement permanent à long terme pour Jasmine. Comme cette jeune fille avait des problèmes de santé mentale, le personnel de SFC était d'avis que les Services de santé mentale devraient trouver le placement et d'en payer la note. Comme le problème était de trouver un placement résidentiel, les Services de santé mentale étaient d'avis que c'était aux SFC de lui trouver un placement, et d'en payer la note. Les notes du dossier montrent comment, à un moment donné, un psychiatre s'est fâché durant une conférence de cas parce qu'aucun placement ne pouvait être trouvé ou créé pour cette jeune fille. Un représentant de la santé mentale a répondu qu'il ... « sait que la *Loi sur la santé mentale* prévoit que le Ministère est responsable du placement communautaire d'un enfant en raison de problèmes psychiatriques, mais que le Ministère n'a pas les fonds. » Les autres professionnels présents à la réunion ont insisté sur le fait que les ministères doivent collaborer en vue de résoudre le problème. La réunion est levée sans l'établissement d'un plan. Entre temps, le cas de Jasmine est toujours « en suspens ». Durant cette période, elle reçoit 16 séances de thérapie électroconvulsive (TEC) ou traitements de choc, pour stabiliser son état.

En août 2004, à 14 ans et demi, Jasmine est placée en famille d'accueil. Beaucoup de renseignements sont communiqués à ses parents nourriciers à propos de sa situation. Très tôt durant son placement, elle commence à refuser de prendre ses médicaments. La famille d'accueil est avisée d'appeler la police si elle a besoin d'aide. Le 9 septembre, la mère nourricière appelle SFC. Comme le travailleur de Jasmine est absent, une autre travailleuse prend l'appel. La mère souligne qu'elle vient d'appeler la police parce que Jasmine est hors de contrôle et qu'elle casse tout. Elle veut que la travailleuse sociale la rencontre à l'urgence, où elle demandera qu'on l'emmène. Après consultation avec son surveillant, la travailleuse sociale avise la mère quelle pense que son plan est sensé et que

si elle a d'autres problèmes, d'appeler le travailleur social en appel après les heures de bureau, ou son travailleur social régulier à son retour.

Jasmine est renvoyée au CJNB. Quelques jours plus tard, elle comparaît devant un juge et est ordonnée d'aller à l'UPEA pour une évaluation de 30 jours pour déterminer sa capacité à subir un procès. Durant ce séjour, le personnel de l'hôpital souligne que le service porte sur des évaluations et traitements à court terme et qu'il n'appuierait pas l'hospitalisation de Jasmine dans l'unité, même si elle est recommandée ou ordonnée par tribunal. La création d'un placement juste pour Jasmine est jugée trop coûteuse, par conséquent pas faisable. Un rapport est soumis au tribunal qui souligne que Jasmine ne peut pas être tenue criminellement responsable et qu'elle est inapte à subir un procès.

Le comportement de Jasmine s'est stabilisé alors qu'elle est à l'UPEA. Suite à l'audience de la commission d'examen en juillet 2005, Jasmine est confiée au foyer de groupe. Il est décidé qu'elle ne représente pas un danger ni pour elle-même, ni pour la société, et qu'elle doit être soignée dans sa collectivité. La commission d'examen ordonne au ministère des Services familiaux et communautaires d'offrir à Jasmine des services de placement résidentiel appropriés au sein de sa collectivité. Cependant, Jasmine allait avoir 16 ans à l'automne et, en vertu de la *Loi sur les services à la famille*, SFC ne serait plus tenu de traiter son cas comme un dossier ouvert de protection de l'enfance. Le Ministère voit le problème de Jasmine comme un cas de santé mentale et découvre que la commission d'examen a commis une erreur en adressant son ordonnance à SFC alors qu'en fait, les services de santé mentale devaient pourvoir aux soins de Jasmine. Finalement, SFC et les services de santé mentale refusent de respecter l'ordonnance et Jasmine demeure au foyer de groupe.

En octobre 2005, Jasmine est de retour en cour. Elle est renvoyée au Centre hospitalier Restigouche à Campbellton, pour une évaluation visant à déterminer son aptitude à subir un procès. Elle est de nouveau envoyée au foyer de groupe en attendant que la commission d'examen se reforme pour étudier son cas.

C'est vers cette époque que la mère de Jasmine communique avec mon bureau. Nous avons commencé une enquête et tenté d'aider les ministères à trouver un placement adéquat pour Jasmine.

Il était pratique pour Jasmine d'être au foyer de groupe à Noël. Ainsi, elle était près de sa famille pendant les Fêtes. Une soirée, en janvier 2006, Jasmine proteste lorsqu'on l'appelle pour le souper. Elle lambine et arrive après que les autres aient mangé. Bouleversée, elle s'enfuit dans la rue. C'est une nuit de janvier froide et Jasmine est pieds nus. Embarquée par la police, elle est amenée à l'hôpital et retourne à Campbellton le jour suivant.

À la fin du mois de janvier 2006, cinq membres de mon personnel se rendent au Centre hospitalier Restigouche et visitent l'établissement. Ils ont également l'occasion de rencontrer Jasmine, son psychiatre, sa mère et son grand-père et d'observer une audience devant la commission d'examen. La commission prenait en compte son ordonnance de

placement provisoire, le manquement de Jasmine aux conditions et son admissibilité à être libérée.

Les audiences de la commission d'examen sont menées en vertu du paragraphe 672.38 et du *Code criminel* dans les cas où les accusés sont déclarés mentalement inaptes à subir un procès. Il est du devoir de la commission d'examen d'examiner chaque année, jusqu'à la date de l'absolution inconditionnelle, si l'accusé est une « menace significative pour la sécurité du public ». La commission d'examen peut acquitter l'accusé inconditionnellement, sous certaines conditions, ou elle peut ordonner que la personne soit gardée à l'hôpital jusqu'au moment où elle ne constituera plus une menace pour la sécurité publique.

L'audience de janvier 2006 est présidée par un avocat nommé vice-président et la commission est constituée d'un président, d'un psychiatre praticien et d'un psychologue exerçant dans la province. Un avocat de la Couronne est présent pour défendre les intérêts de la sécurité publique et un avocat de service est prévu pour l'accusée. Jasmine est présente tout comme le sont sa mère, son grand-père, son psychiatre et un travailleur social, qui représente le ministère des Services familiaux et communautaires. Trois infirmières et préposés aux malades ainsi que les membres de mon personnel sont également présents pour observer les procédures.

Comme il l'a indiqué à mes enquêteurs avant l'audience, le psychiatre de Jasmine soutient devant la commission qu'elle bénéficierait d'un placement communautaire où elle pourrait être proche de sa famille, mais elle vivrait dans un environnement supervisé qui serait sécuritaire pour elle. On lui demande plusieurs fois si elle représente une menace pour la sécurité publique et il se contente de suggérer qu'elle peut risquer de se faire du mal à elle-même si elle n'est pas surveillée convenablement. De nombreuses questions détaillées sont posées quant à l'état pathologique de Jasmine. Le travailleur social et la mère de Jasmine prennent également la parole. Finalement, la commission suggère de faire une pause pour dîner et délibérer. À ce moment-là, Jasmine demande la parole. Après avoir été l'objet d'un examen public aussi intense, il est surprenant d'entendre Jasmine parler, et ce, en termes très éloquents, au sujet de son souhait d'être placée dans un endroit où elle serait en sécurité; elle comprend son manquement aux conditions et les risques qu'elle a pris. Elle promet également d'être plus prudente à l'avenir pour prendre soin d'elle.

La commission détermine que Jasmine constitue une menace pour elle-même et donc pour la sécurité publique. Elle refuse de l'acquitter, même sous certaines conditions. Le président de la commission fait des remontrances à Jasmine au sujet de son très long dossier de jeune contrevenante et il l'avertit d'éviter la voie dans laquelle elle s'est engagée en respectant les conditions qui pèsent sur elle. Il est difficile de déterminer si cet avertissement ou tout autre aspect du processus de la commission d'examen ont été bénéfiques pour Jasmine, en fonction de ses meilleurs intérêts ou appropriés de quelque manière que ce soit. Ce qui est certain, c'est que la procédure de justice pénale pour les jeunes a été engagée, que les tentatives précédentes entreprises pour trouver une solution rationnelle sur la base d'un placement résidentiel approprié ont échoué et que le cas doit

toujours être examiné. En fin de compte, le problème est associé au fait qu'il n'y avait pas de place plus sécurisée pour y envoyer Jasmine, même si chacun reconnaissait que l'hôpital psychiatrique de la province n'était pas un placement approprié et qu'il risquait d'augmenter la dépendance de Jasmine aux soins institutionnels.

Une partie de la difficulté avec le placement au Centre hospitalier Restigouche est également la distance par rapport à la maison et aux êtres chers. La mère de Jasmine faisait le parcours jusqu'à Campbellton, chaque fin de semaine, pour rendre visite à sa fille au cours de la première période qui a suivi le placement de Jasmine. Comme cela devenait trop pénible pour la propre santé de sa mère, elle a modifié son programme pour ne voyager que toutes les deux semaines et s'est arrangée avec le grand-père de Jasmine pour qu'il en fasse de même, de sorte que Jasmine puisse avoir un contact familial autant que possible chaque semaine.

En octobre 2006, le père biologique de Jasmine, absent durant les 16 dernières années de la vie de sa fille, demande la permission de lui rendre visite. Il la persuade qu'il est en collaboration avec les SFC pour la libérer de l'hôpital afin de l'emmener vivre avec lui. Au bout de quelques visites à Campbellton et après une visite de fin de semaine chez lui, le père biologique est incapable de gérer la situation avec elle et Jasmine n'a plus de ses nouvelles depuis. Selon sa mère, cette profonde souffrance entrave et interrompt gravement le cours du traitement de Jasmine.

C'est à la suite de l'audience de la commission d'examen au sujet de Jasmine que j'ai mis sur pied mon intention d'élargir mon enquête pour examiner les problèmes systémiques, afin de répondre aux besoins des enfants et des jeunes comme Jasmine et de leur offrir l'égalité des chances. Un certain nombre de parents d'enfants se trouvant dans des situations tout aussi difficiles avaient demandé mon aide et, plutôt que d'enquêter sur chaque cas séparément, j'ai pensé qu'il serait plus approprié de les rassembler dans une enquête systémique.

Au moment où j'ai écrit ce rapport, les efforts en vue de trouver un placement pour cette jeune femme ont encore échoué et, après trois mois dans un foyer de groupe, elle est de retour à Restigouche. La dernière tentative de créer un placement à l'intention de Jasmine a été orchestré unilatéralement par le ministère des Services familiaux et communautaires, puisque la position des services de santé mentale est que la responsabilité des placements résidentiels relève de SFC. Bien que le personnel participant aux soins de Jasmine dans son nouveau placement sont d'avis qu'elle a réalisé des progrès durant son séjour de trois mois, le risque de voies de fait possible contre lui (bien qu'il n'y en ait pas eu) lorsque Jasmine est devenue agressive l'a amené à décider qu'il était mieux que le placement prenne fin. L'équipe de la santé mentale chargée de son cas a décidé qu'elle ne pouvait pas l'aider et a recommandé qu'elle soit retournée au Centre hospitalier Restigouche. Elle a été trouvée coupable de manquement aux conditions de la commission d'enquête et renvoyée au CHR où, apparemment, elle se sent plus en sécurité. À ce jour, il n'y a aucun plan en place pour répondre expressément aux besoins éducatifs de Jasmine. Cette dernière continue d'être surveillée par la commission d'examen, étant donné qu'elle a reçu une mise en liberté sous condition du

CHR et non une libération absolue. En tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, je suis découragé par les échecs répétés des systèmes de la sécurité publique, de la santé, de l'éducation et du bien-être à l'enfance de répondre aux besoins de Jasmine. Je suis alarmé de constater que la meilleur moyen à notre disposition pour aider Jasmine au cours des ans a été de la placer en établissement psychiatrique. Il semble qu'elle soit devenue « institutionnalisée » à un point tel qu'elle se sente plus en sécurité et plus confortable dans un hôpital psychiatrique. Je crois que nous pouvons mieux faire pour réaliser la connexion dans le plan de traitement de Jasmine.

Il est extrêmement troublant de lire dans le dossier de Jasmine comment, malgré les efforts de tous les côtés, deux des plus gros ministères du gouvernement de cette province ne pouvaient pas s'entendre et partager la responsabilité et les coûts relatifs à ce cas complexe. Cette incapacité a paralysé le processus à certains points critiques de la planification du traitement de cette jeune fille. Chaque ministère s'est retranché dans son mandat respectif et ses critères d'admissibilité de sorte que l'enfant et sa mère n'ont pas reçu des services si nécessaires. Je suis d'accord que les mandats sont nécessaires et utiles. Cependant, lorsqu'ils sont utilisés de façon rigide, ils ne servent à personne, même pas au gouvernement. Si les ministères du gouvernement ne peuvent pas collaborer dans des cas comme ceux-ci, de nouveaux moyens doivent donc leur être imposés pour les forcer à le faire.

* * *

Le cas de Jasmine n'est pas nécessairement plus complexe ou troublant que les autres, mais il est suffisamment troublant pour justifier un réexamen sérieux. C'est une simple supposition d'évoquer quelles pouvaient être les attentes de Jasmine dans la vie si elle avait reçu des interventions plus fructueuses et plus tôt. Si l'on regarde vers l'avenir, il est encore difficile de pourvoir à ses soins de manière adéquate et de prévoir quelle qualité de vie elle peut apprécier en tant qu'adulte.

Jasmine a eu 18 ans cet automne. Si l'on regarde le passé, il est clair que beaucoup de choses vis-à-vis des interventions du gouvernement dans sa vie auraient dû être faites différemment.

- Les services de santé mentale devraient avoir été disponibles pour elle à un âge beaucoup plus jeune, si des programmes de dépistage et d'éducation adéquats avaient été en vigueur.
- Le long séjour dans le centre de crise du foyer de groupe et le séjour prolongé à l'Hôpital de Moncton dans l'Unité psychiatrique pour enfants et adolescents n'étaient pas appropriés, étant donné que ces établissements sont des unités d'observation et ne devraient pas être une solution résidentielle.
- Le séjour prolongé au CJNB était inapproprié également, puisque les présumés délits qui ont conduit à l'implication de Jasmine dans le système judiciaire pénal, ainsi que l'écart de conduite survenu au CJNB (entraînant un séjour plus long que celui prévu dans la peine initiale) ne sont pas vraiment de nature délictuelle, étant donné l'état de Jasmine et la description des présumées infractions elles-mêmes. Il

faut concevoir de meilleures façons de prendre en charge la conduite inappropriée de la jeunesse souffrant de troubles psychologiques. Sa mère avait raison de dire que Jasmine était une victime et non une criminelle.

- Comme je l'ai fait remarquer ci-avant, les menottes, la contrainte, les fouilles à nu et le placement en isolement ne sont pas des interventions appropriées pour un enfant dans la situation de Jasmine.
- L'incapacité du CJNB de maintenir le régime de médicament de Jasmine, médicaments qui ont été prescrits par le psychiatre de l'établissement même, souligne davantage l'inconvenance de son placement dans cet établissement.
- Il est encore moins approprié de l'enfermer, elle ou un enfant comme elle, dans un hôpital pour les criminels aliénés, pour s'être précipitée dehors les pieds nus en hiver.
- Le refus du ministère des Services familiaux et communautaires de donner effet à l'ordonnance de la Commission d'examen et de créer un placement résidentiel approprié pour Jasmine près de son domicile était inapproprié, et l'inaction des Services de santé mentale dans ce contexte était tout aussi répréhensible.
- Il aurait fallu prendre plus de précautions avant d'essayer de réunir Jasmine et son parent biologique.
- La conclusion de la commission d'examen que Jasmine représentait un danger pour elle-même et pour la sécurité publique était, selon mon opinion, aussi injustifiée que la réprimande publique de la conduite de Jasmine par le président de la commission d'examen.
- La garde continue de Jasmine au Centre hospitalier Restigouche, en contradiction avec les recommandations de son psychiatre, était à son détriment, puisqu'elle est maintenant très dépendante des soins institutionnels.
- Finalement, pendant ces six dernières années, les besoins éducatifs de Jasmine ont été complètement oubliés et négligés et elle a été gênée pendant de bien plus nombreuses années par un manque d'assistance et de suivi psychologiques.

Comme je l'ai formulé auparavant, le cas de Jasmine a été compliqué par l'absence d'un diagnostic psychiatrique incontestable, ou de tout diagnostic dès le départ, mais cela excuse à peine les nombreux défauts de chaque système de service public tout au long du chemin.

Je demeure convaincu que nous pouvons faire mieux. Pour notre bien et celui de Jasmine, il le faut.

Méthodologie d'enquête

La présente enquête a été entamée comme l'une des premières enquêtes systémiques entreprises par le Bureau de l'ombudsman depuis que j'ai accepté ce mandat. Elle se voulait exigeante en ressources, exhaustives, consultative et opportune. Une analyse sélective qui exposerait les causes structurales des maintes plaintes que nous recevons, comme celle qui concerne Jasmine.

Cette enquête a été mise en place par l'entremise de lettres de notification expédiées à la fin du mois de février 2006 aux sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires. Des communications détaillées des renseignements ministériels et des renseignements personnels relatifs à chacun des six dossiers des jeunes ayant des besoins complexes ont été demandées auprès de chaque ministère. Au départ, l'enquête a été attribuée à trois enquêteurs et à deux membres du personnel de soutien de mon bureau, et le conseiller juridique du Bureau, Christian Whalen, a été désigné enquêteur principal. À la suite de ma nomination au poste de défenseur des enfants et de la jeunesse, Francine Cantin a été embauchée et s'est jointe à l'équipe en tant qu'enquêteuse principale et travailleuse sociale.

Néanmoins, la lettre de notification a été accueillie par un silence glacial. On m'a informé que la recherche des renseignements requis prendrait du temps. En définitive, la révélation des documents obtenus a révélé qu'un comité interministériel avait été chargé de coordonner la réponse des ministères à l'enquête, et il y avait un débat entre les représentants quant à savoir si les ministères devaient entièrement coopérer en faisant fi des recommandations qui pourraient s'ensuivre ou s'il fallait une meilleure orientation politique avant de répondre. Finalement, on m'a informé que bon nombre des renseignements demandés devraient être tus en raison de diverses dispositions de confidentialité.

La principale réticence en termes de transparence semblait venir des SFC. J'ai demandé à m'entretenir avec le sous-ministre et j'ai expliqué que, selon moi, en vertu de la *Loi sur l'Ombudsman*, le Ministère était contraint de dévoiler les dossiers demandés. Le sous-ministre m'a informé que le Bureau du procureur général l'avait prié de faire le contraire et j'ai proposé de porter l'affaire devant un juge pour l'éclaircir. Le sous-ministre a admis que cela serait une sage idée et a promis l'entière coopération de son ministère si le juge en décidait ainsi. Le jour suivant, j'ai déposé au tribunal une demande de précisions de mes pouvoirs visant à contraindre la divulgation de documents. Le cas n'avait pas rapport, sauf que je rencontrais une résistance semblable de SFC pour fournir les dossiers. L'affaire impliquait une enquête sur la réponse ministérielle face à un dossier de protection de l'enfance dans lequel une fillette de deux ans était décédée sous la garde de sa mère. Une date de comparution pour ma motion de mesure de redressement déclaratoire et la présentation des dossiers ministériels a été fixée à la fin du mois d'août 2006.

À l'audience en août, l'affaire a été remise à l'automne, lorsque la motion du procureur général pour poursuivre la requête *à huis clos* pourrait être prise en considération. Plus tard cet automne-là, j'ai été nommé défenseur des enfants et de la jeunesse et le premier ministre nouvellement élu a annoncé son intention de modifier la *Loi sur l'Ombudsman* et la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* au printemps, afin de fusionner les deux textes législatifs et de confirmer ma nomination provisoire. À l'audience tenue à l'automne, le procureur général a accepté à l'insistance du juge, de dévoiler les documents du dossier de protection de l'enfance et de différer l'audience de la requête *sine die*, dans l'attente des modifications législatives prévues.

Après l'ordonnance de consentement dans cette affaire, les ministères intimés dans cette enquête ont rendu une réponse plus positive et ont mis leurs documents à notre disposition. En février 2007, un an après que l'avis d'enquête avait été envoyé, j'ai pu accéder aux dossiers nécessaires pour démarrer mon enquête.

Je suis heureux qu'à la fin du printemps de cette année, des modifications ont été apportées à la *Loi sur l'Ombudsman* et à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, modifications qui ont obligeamment clarifié et consolidé la pratique de longue date dans cette province qui est de livrer à l'ombudsman des dossiers qu'il juge nécessaires pour ses fonctions d'enquête. En fait, le projet de loi final a beaucoup été amélioré en conséquence des modifications à vote ouvert avancées par le gouvernement après le dépôt du projet de loi. Le projet de loi a confirmé la grande accessibilité de l'ombudsman et du défenseur lorsqu'il s'agit de contrôler l'administration publique et de veiller à l'application de la conformité avec les mesures pour améliorer les services aux enfants et à la jeunesse.

Après l'examen et la réception des dossiers demandés, dossiers qui ont rempli pratiquement une douzaine de boîtes de rangement, l'équipe d'enquête a pu mener des entretiens avec les parents, les jeunes, les fournisseurs de soins, les éducateurs, les travailleurs de cas, les intervenants externes et les fonctionnaires ministériels, afin de déterminer les problèmes et de mettre au point les domaines éventuels de recommandation.

L'équipe d'enquête a réalisé également une analyse conjoncturelle et, dans la mesure du possible pour des non-spécialistes comme nous, a tenté d'augmenter et de baser les recommandations suivantes non seulement sur les plaintes et les études de cas en question, mais aussi sur les recherches empiriques fondées sur l'expérience clinique dans les domaines de la santé mentale et de la protection de l'enfance.

À l'impression du présent rapport, le Cabinet a annoncé son intention de renommer le ministère des Services familiaux et communautaires et de lui donner le nom de ministère du Développement social, une modification qui, je l'espère, augure bien pour les réformes proposées dans les pages suivantes. Cependant, pour faciliter la référence, le présent rapport continuera de nommer le Ministère par son ancien acronyme, soit SFC. Également, malgré les commentaires des cliniciens et des travailleurs sociaux, alors que les termes enfants et jeunes sont souvent utilisés ensemble dans le présent texte, à moins que le contexte ne le suggère différemment, enfants désigne les jeunes et toute personne n'ayant pas atteint l'âge de la majorité. Finalement, j'ai aussi utilisé le terme état de santé mentale et des termes semblables de façon générale pour comprendre les maladies mentales, mais aussi les désordres de conduite ou de comportement.

Une liste complète des personnes interrogées et des organismes consultés est fournie dans une annexe de ce rapport. Je veux cependant manifester ma gratitude à l'aide précieuse offerte par toutes les parties intéressées et par les ministères pour l'achèvement de cette enquête. Parmi les personnes intéressées, je voudrais remercier en particulier l'administration et le personnel du Centre hospitalier Restigouche à Campbellton,

l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'hôpital de Moncton, les directeurs et administrateurs de l'établissement Spurwink à Portland, dans le Maine, la D[re] Nicole Letourneau, chaire de recherche du Canada en développement sain de l'enfant à l'Université du Nouveau-Brunswick, et la D[re] Susan Reid, directrice du Centre de recherches sur la jeunesse à risque à l'université St. Thomas.

Après les disputes initiales au sujet de la divulgation des dossiers, tous les ministères gouvernementaux ont offert leur soutien et leur collaboration complets dans l'enquête et se sont en fait réjouis de l'occasion de collaborer en traitant un domaine crucial de préoccupation commune. Je pousse plus loin mes remerciements en particulier à l'intention de Joan Mix, d'Ian Walsh, de Barb Whitenect, de Barb Gerard et des collègues qui les ont aidés ou leur ont succédé. Un grand nombre des recommandations émises dans ce rapport ont été déterminées au départ par les fonctionnaires ministériels et j'ai bon espoir que, si elles sont acceptées par le gouvernement, ces recommandations seront susceptibles d'être mises en œuvre suffisamment tôt et de manière efficace. Plus important encore, je veux me montrer reconnaissant pour le soutien des parents et des jeunes eux-mêmes qui ont participé au maximum à ce processus et qui m'ont donné leur consentement pour communiquer leurs histoires émouvantes et très personnelles.

Les problèmes :

1. **Orientation et responsabilisation politiques : *L'histoire de Gabriel***
2. **Intégration des services : *L'histoire de William***
3. **Établissements de soins communautaires : *L'histoire de Jacob***
4. **Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale : *L'histoire de Nicholas***
5. **Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Benjamin***
6. **Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Samuel***
7. **Combler l'écart : Discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes**

Chapitre I – Orientation et responsabilisation politiques : *L'histoire de Gabriel*

Un des parents que nous avons rencontré nous a rappelé un aveu que nous avions entendu d'une ancienne ministre de la Santé de cette province, qui avait appelé les Services de santé mentale la brebis galeuse de notre système de soins de santé. La ministre en question était Brenda Robertson et il s'agissait de son évaluation il y a 30 ans. Certains fonctionnaires que nous avons rencontrés ont admis plutôt discrètement qu'en date d'aujourd'hui, rien n'a changé.

Tous les fonctionnaires ministériels sont pleinement conscients des lacunes dans les services qui proviennent des critères en fonction de l'âge pour les services aux enfants et pour les services de protection des adultes, laissant ainsi les jeunes en suspens entre les

deux. Les lacunes dans les services aux jeunes âgés entre 16 et 19 ans constituent une ligne de faille qui complique la résolution de chaque plainte impliquant les services à l'enfance et à la jeunesse. Même si un enfant approche la limite des 16 ans, les problèmes sont imminents, et les répercussions découlant des lacunes dans les services continuent dans bien des cas à lui nuire jusqu'au début de l'âge adulte. Selon l'ancien sous-ministre de la Santé, ce problème n'a rien d'exceptionnel au Nouveau-Brunswick et qu'en fait il existe dans la plupart des juridictions du Canada.

Toutes les personnes avec lesquelles nous avons discuté ont reconnu que les ministères gouvernementaux pourraient et doivent faire un meilleur travail de collaboration pour exploiter toutes les ressources publiques disponibles et mettre l'accent sur le patient. On s'entend toutefois très peu sur la manière d'y parvenir. Le seul avis unanime est que rien ne changerait sans une forte volonté et une responsabilisation politiques.

Notre enquête a montré qu'au Nouveau-Brunswick, les jeunes ayant des besoins très complexes sont souvent négligés. Néanmoins, lorsque la sphère politique fait pression et qu'il y a une forte volonté politique de s'occuper des besoins des jeunes personnes, nous pouvons faire une différence et nous le faisons. Le problème, c'est que peu de cas sont résolus ainsi, et le traitement infiniment complexe des cas délicats est coûteux et la répartition des ressources limitées, inefficace. L'histoire de Gabriel en est un exemple concret.

L'histoire de Gabriel :

Gabriel est né d'une mère célibataire qui présentait des antécédents déclarés de déficience intellectuelle importante et qui faisait partie d'un groupe de minorité visible. Au moment de la naissance de Gabriel, lui et sa mère vivaient tous deux chez ses parents d'accueil. Il y a eu des rapports de négligence, de privation et de violences psychologiques à un stade précoce, ce qui a engendré une situation de retard général de développement et de croissance. Gabriel est placé par les services de protection à l'enfance lorsqu'il a deux ans. Moins d'un an plus tard, il est adopté. Gabriel est resté dans cette maison avec un autre enfant adopté et un enfant de la même famille biologique qui avait 9 ans de plus que lui, jusqu'à ses 12 ans.

À partir de ses 3 ans, Gabriel a fait des progrès de développement limités. On diagnostique chez lui un trouble oppositionnel avec provocation et une hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA). On lui prescrit des médicaments auxquels il réagit négativement. Il doit être hospitalisé pendant environ 2 mois à cause d'une phase psychotique. Au cours des années qui suivent, différents diagnostics sont débattus, et des médicaments sont prescrits en conséquence. On discute d'ailleurs toujours du diagnostic de Gabriel aujourd'hui. Le dernier diagnostic, émanant de Spurwink, un centre de traitement situé à Portland, dans le Maine, où Gabriel est placé depuis octobre 2005, est un trouble de stress post-traumatique, avec une possible psychose maniacodépressive profonde.

À partir du moment où il commence à fréquenter l'école, Gabriel fait preuve de certaines difficultés d'adaptation. Par conséquent, sa mère adoptive le garde à la maison, afin de le scolariser elle-même. Malgré la participation de SFC et de professionnels de la santé mentale, il semble que la scolarisation et les besoins éducatifs de Gabriel n'aient pas été pris en main. Enfant Gabriel reçoit très peu de services éducatifs. À mesure qu'il grandit, son comportement devient de plus en plus difficile. Il commence à agresser sa mère adoptive et menace de la tuer. Il présente un comportement dissociatif, tout en étant provocant et peu coopératif.

En juin 2004, les parents adoptifs de Gabriel informent SFC qu'ils ne peuvent plus s'occuper de lui, et ils rendent la tutelle au ministre. Il est placé aux Foyers pour jeunes de Moncton Inc. (FJMI).

Après un an de placement aux FJMI et bien qu'on lui fournisse un personnel de 2 pour 1 et de 3 pour 1 dans des situations où il manifeste un comportement incontrôlable, il est devenu évident que le Nouveau-Brunswick manque de services spécialisés pour répondre aux besoins grandissants de Gabriel.

Certains des comportements qu'il présente sont les suivants : des sautes d'humeur donnant lieu à des épisodes violents imprévisibles, il mord le personnel, agresse le personnel et macule les visages et vêtements du personnel avec ses excréments. Les membres du personnel sentent qu'il devient de plus en plus difficile de se protéger, eux-mêmes autant que Gabriel.

D'après la travailleuse sociale qui s'occupait de Gabriel, elle a « communiqué avec tout le monde au Nouveau-Brunswick » pour essayer de trouver ou de concevoir un placement pour Gabriel. Elle a échoué, et les professionnels de la province étaient incapables de comprendre et de traiter son comportement.

Un placement au Centre de traitement Spurwink dans le Maine est approuvé par le gouvernement provincial. Avant que Gabriel intègre son nouveau placement, il a fallu lui trouver un endroit pour une période de 4 à 6 semaines, étant donné que les FJMI ne pouvaient pas le garder plus longtemps.

En septembre 2005, l'appartement familial du Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick, à Miramichi, est désigné comme centre résidentiel provisoire pour services de soins aux enfants, en vertu de la *Loi sur les services à la famille*. SFC et le ministère de la Sécurité publique concluent un accord par lequel la Sécurité publique offrirait un appartement, des repas et des services ménagers et SFC fournirait le personnel pour surveiller Gabriel. Au besoin, le CJNB offrirait une aide d'urgence.

Bien que Gabriel n'ait pas été placé avec la population des jeunes contrevenants au CJNB, son placement a fait la une et cela a soulevé des vagues de préoccupations et de protestations à travers la province. À ce jour, bien que l'identité de Gabriel a été protégée tout au long de ce processus, les gens se souviennent toujours du cas du garçon autiste de 13 ans qui a été placé au CJNB, parce qu'il ne pouvait être placé nulle part ailleurs.

En octobre 2005, Gabriel est transféré au Centre de traitement Spurwink dans le Maine. Il était et est toujours le seul résident d'un foyer. Le foyer comporte 2 membres du personnel pour 1 jeune en tout temps. Il va à l'école chaque jour, pendant environ une demi-heure. Cependant, il ne se trouve pas dans une salle de classe. Il s'agit de l'habituer à quitter le foyer le matin et à être exposé aux autres autour de lui. Il reçoit les soins d'un ergothérapeute lorsqu'il est à l'école.

Le personnel de Spurwink a émis les constatations suivantes au sujet de Gabriel : il s'exprime sexuellement lorsqu'il est maîtrisé, il a fait d'énormes progrès au niveau de son hygiène personnelle, il mange à présent avec une fourchette, assis à la table, et range sa vaisselle. Il peut rester seul calmement pendant un petit moment. Il demande à lire un livre lorsqu'il en a envie. Il a cessé de faire les cent pas. Maintenant, il a un contact visuel et utilise un langage fonctionnel tel que : « J'ai terminé maintenant ». Selon le personnel, Gabriel a maintenant « atteint un stade où il est accessible ».

À Spurwink, mes enquêteurs ont rencontré la psychiatre de Gabriel. Elle était très encouragée par sa récente séance avec Gabriel, car il l'avait appelée par son nom et lui avait dit au revoir à la fin de la rencontre. En fait, lors de toutes les rencontres que nous avons eues avec le personnel de Spurwink, les fournisseurs de soins étaient résolus à célébrer les progrès que Gabriel avait réalisés, si minimes soient-ils. Les directeurs de cet établissement ont admis que Gabriel et les deux autres résidents du Nouveau-Brunswick, placés actuellement à Spurwink, reçoivent un traitement de pointe qu'aucun autre résident du Maine ou en dehors de l'État ne reçoit. Le coût de la prestation des soins apportés à Gabriel dépasse 500 000 $ par an.

D'une part, le Ministère a accepté ces dépenses extraordinaires en raison du manque de solutions de rechange au Nouveau-Brunswick, bien avant le placement de Gabriel au CJNB, et à cause de la huée que cela avait créé. D'autre part, il faut se demander si l'investissement aurait été maintenu sans la pression des retombées politiques découlant du placement de Gabriel au CJNB.

Il ne fait aucun doute que, pour la première fois depuis très longtemps, Gabriel a brisé l'engrenage d'un comportement antisocial et automutilant et il accomplit des progrès réels en termes d'aptitudes de vie quotidienne fondamentales. La question est de savoir combien d'éducation et d'amour il continuera à recevoir et de quelle manière nous pouvons y veiller. Plus fondamentalement, nous devons nous demander, en tant que Néo-Brunswickois, pourquoi Gabriel a dû être envoyé en dehors de la province et en dehors de son pays afin de commencer à réaliser d'importants progrès.

* * *

Mon examen des cas analysés dans le présent rapport me conduit à une conclusion inéluctable : pour faire progresser ce dossier, il faudra assumer la responsabilité du problème, et assumer la responsabilité signifie que, en tant que société, nous devons cesser d'expédier ailleurs les enfants malades. Nous avons besoin de solutions au Nouveau-Brunswick, ainsi que d'une capacité dans la province à traiter les problèmes de nos enfants et de nos jeunes, y compris ceux qui ont des besoins très complexes.

Il est vrai que, dans le cas de Gabriel, le placement en dehors de la province peut avoir été le compromis le plus raisonnable et le plus viable que le gouvernement provincial pouvait faire pour l'instant, étant donné ses besoins exceptionnels et le manque d'autres options. Personne ne peut nier les progrès qu'il a réalisés depuis son placement là-bas. Toutefois, étant donné que trois résidents du Nouveau-Brunswick sont maintenant là-bas et que d'autres pourraient suivre à défaut d'options de traitement ici, plus nombreuses sont les familles qui doivent endurer la séparation à cause de la distance et des frontières internationales. Comme solution à long terme, les orientations de ces cas vers Spurwink pourraient facilement entraîner avec elles les problèmes « loin des yeux, loin du cœur » que l'institutionnalisation au Nouveau-Brunswick a posés à une époque. Je demeure convaincu que la véritable égalité pour ces jeunes gens exige que nous, en tant que société, prenions soin d'eux nous-mêmes.

L'un des sujets les plus importants à mettre en relief dans cet examen est le manque de responsabilisation et d'orientation politiques pour les situations désastreuses dans lesquelles se trouvent les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes. Il n'y a eu aucun manque de solutions proposées et beaucoup de temps a été passé au cours de nombreuses années à analyser ces problèmes et à méditer au sein de la bureaucratie. Les fonctionnaires haut placés ont fait état de rapports d'il y a 15 et 20 ans, où les mêmes problèmes que les parents avaient formulés dans des plaintes à notre égard étaient signalés et des mesures correctives étaient recommandées [2]. Dans l'ensemble, peu de choses ont été réalisées et ce qui a été réalisé ne s'est pas avéré efficace.

De nombreux facteurs sont responsables de ce manque d'orientation et d'influence politiques : 1) le manque de voix politique pour les électeurs touchés; 2) la nature dispersée des services gouvernementaux aux jeunes dans plusieurs ministères et organismes, la plupart desquels, pour différentes bonnes raisons, ne voient pas les services à l'enfance ou à la jeunesse comme essentiels à la mission (que ce soit en relation avec les prisons, les hôpitaux, le régime d'aide sociale ou dans des affaires de transport); 3) l'habitude de s'en remettre, par principe, à la famille et à la sphère privée et la réticence de l'État à s'ingérer, en particulier où les problèmes ne résident généralement pas dans la capacité des parents mais dans les préoccupations de santé mentale du jeune en question; et 4) les conséquences évidentes associées aux coûts de toute solution autre que l'inaction.

---

[2] Rapport de la Sécurité publique sur les jeunes à risque; rapport d'analyse des Services aux étudiants du ministère de l'Éducation, 1992. Un exemple est le long parcours vers la nomination d'un défenseur des enfants et de la jeunesse, que les agents de la Sécurité publique avaient réclamé pendant presque 15 ans à cor et à cri.

Ce problème n'est pas non plus exceptionnel au Nouveau-Brunswick. De nombreuses juridictions au Canada et à l'étranger ont élaboré des stratégies et de nouvelles approches pour assurer une plus grande responsabilisation et orientation politiques face à ces problèmes. Le défenseur des enfants et de la jeunesse en Ontario, dans son rapport de 2005 intitulé « Serpents et échelles », a recommandé la désignation d'un ministère de l'Ontario des services à l'enfance et à la jeunesse. Le Royaume-Uni a également adopté ce type d'approche réglementaire au cours des dernières années.

Les recommandations que j'émets, conformément au thème important de la responsabilisation et de l'orientation politiques, sont divisées en trois domaines différents : 1) des recommandations en rapport avec le contrôle de l'Assemblée législative par l'intermédiaire de ses fonctionnaires; 2) des recommandations en rapport avec la responsabilité et la responsabilisation ministérielles pour ces affaires au sein du Conseil exécutif; et 3) des recommandations en rapport avec la société civile.

La fonction de surveillance indépendante

Au cours de cette enquête, l'accueil et certainement l'espoir avec lesquels les jeunes, leurs parents, ceux qui travaillent avec eux ainsi que les fonctionnaires ministériels ont appris la nouvelle de la nomination d'un défenseur de la jeunesse et des enfants dans cette province m'ont encouragé. Le fait que le gouvernement élu l'an dernier ait appuyé cette législation alors qu'il faisait partie de l'opposition, qu'il ait agi rapidement après l'élection pour combler le poste vacant qui existait depuis presque deux ans et qu'il ait modifié la législation au printemps dernier pour renforcer l'indépendance du défenseur et ses pouvoirs d'enquête étendus sont des évolutions encourageantes. Le rôle du défenseur est essentiellement d'être la voix des jeunes privés de leurs droits et de s'assurer que cette voix est entendue par les représentants élus et qu'on donne suite aux préoccupations des jeunes. Afin de formuler ces préoccupations de façon adéquate, j'ai cherché dès le début à adopter une position proactive en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, plutôt que de simplement réagir à la nature troublante des nombreuses plaintes reçues. Il est cependant ardu de s'attaquer à la charge de travail tout en avançant dans un programme proactif de défense, tout particulièrement pour un petit bureau.

Mes premières recommandations, avant de communiquer toute recommandation au gouvernement, sont dès lors surtout adressées à moi-même. J'ai l'intention ainsi de rendre mes propres efforts un peu plus responsables en traçant plus officiellement le contour du rôle que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse peut jouer en tenant le gouvernement pour responsable et en assurant que l'orientation politique nécessaire est donnée dans les affaires relatives à l'enfance et à la jeunesse.

1. Une présence active, accessible aux enfants et aux jeunes

Après ma nomination au poste de défenseur des enfants et de la jeunesse, j'étais inquiet en apprenant que le ministère de la Sécurité publique avait mis fin aux services de son défenseur des enfants et de la jeunesse interne et qu'il avait commencé à réorienter toutes les demandes vers mon bureau. J'ai pu néanmoins, au cours du dernier exercice

budgétaire, convaincre le gouvernement de diriger de nouvelles ressources vers mon bureau, de sorte que l'on puisse engager plus de personnel pour poursuivre cette importante fonction de défense. En examinant les éléments associés à cette enquête, je reconnais que le ministère de la Sécurité publique avait recommandé la nomination d'un défenseur indépendant pendant de nombreuses années et qu'il avait mis en place ses propres recours internes comme simple mesure provisoire. Toutefois, le travail effectué par les défenseurs au sein du Ministère a été un modèle instructif et efficace pour mes fonctionnaires. Au début du printemps, j'ai désigné l'un de mes enquêteurs comme agent de liaison permanente avec le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick et avec le Programme de Portage relatif à la dépendance de la drogue Inc., près de Sussex. Ce fonctionnaire est accessible aux résidents du CJNB et de Portage toutes les deux semaines depuis le printemps. Un autre fonctionnaire a maintenant été nommé comme agent de liaison du défenseur auprès des jeunes résidant au Centre hospitalier provincial Restigouche et à l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'hôpital de Moncton.

Mon but au cours de la prochaine année serait d'augmenter la fréquence des visites à toute les semaines, de sorte à être au même niveau que le Bureau de l'ombudsman à l'enfance en Nouvelle-Écosse, et également d'élaborer un processus doté des ressources adéquates pour assurer une présence et une accessibilité actives aux enfants dans les placements résidentiels et les foyers de groupe partout dans la province.

2. Contrôle des services à l'enfance

La *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* confère au défenseur un vaste pouvoir pour démarrer les enquêtes de sa propre initiative, tout comme pour un ombudsman. Toutefois, alors que ces pouvoirs de l'ombudsman sont exercés comme une exception plutôt que comme une règle, il semble que la fonction du défenseur requière un exercice de vérification plus proactif. À titre de garant des services publics efficaces aux enfants et aux jeunes, le défenseur dispose d'un mandat spécialisé qui exigera qu'il prenne des mesures proactives pour s'assurer que les enfants et les jeunes reçoivent les services dont ils ont besoin, plutôt que de simplement répondre aux plaintes. Ce mandat peut comporter des fonctions de « vérification sociale » ou de surveillance, telles que des demandes régulières aux autorités pour obtenir le nombre d'enfants qui reçoivent des soins, qui sont sous garde, dans des complexes hospitaliers ou dans des programmes éducatifs spécialisés, ou encore des comparaisons d'année en année des dépenses réalisées pour de tels services. Il peut également inclure le recours aux pouvoirs d'entrée et d'inspection du défenseur dans les établissements où les enfants et les jeunes résident, en vue de vérifier la conformité avec les règlements et les lignes directrices applicables. Au cours du prochain exercice financier, j'embaucherai une personne supplémentaire pour permettre la mise en œuvre de cette fonction de surveillance.

3. Accès privilégié aux dossiers électroniques

Au printemps dernier, d'importantes modifications ont été apportées à la fois à la *Loi sur l'Ombudsman* et à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, modifications qui

ont renforcé le droit d'accès général aux dossiers de ces fonctionnaires législatifs. Les modifications ont été bien accueillies à la fois par notre personnel et par nos fonctionnaires ministériels, étant donné que celles-ci clarifient et simplifient grandement le processus d'échange d'information, tout en traitant les préoccupations provenant de toutes parts concernant la confidentialité et l'éthique professionnelle. En même temps, afin de réaliser nos objectifs en rapport à la surveillance du bien-être à l'enfance et à la présence active du défenseur pour les enfants et la jeunesse, il est logique de désigner du personnel au sein du Bureau du défenseur qui aura le même accès immédiat aux dossiers électroniques que les fonctionnaires ministériels dont on leur demande de contrôler le travail. L'un des mes agents a récemment pris la relève des responsabilités professionnelles du précédent défenseur des jeunes interne du ministère de la Sécurité publique; or, étant donné qu'il n'est pas un employé de la Sécurité publique, il n'a pas pour l'instant accès aux dossiers des jeunes dans le système de gestion ministérielle des dossiers électroniques du Ministère. Dans cette mesure, notre travail est considérablement moins efficace que celui de l'expert interne que nous remplaçons. L'accès au système permettrait à notre agent de déterminer facilement en consultant la personne directement responsable d'un jeune quel suivi pourrait être nécessaire, ce qui a été fait ou ce qui n'a pas été essayé auparavant, et d'intervenir de façon opportune. De la même façon, les enquêteurs du défenseur devraient bénéficier du même accès aux dossiers de protection de l'enfance que celui dont bénéficient les travailleurs sociaux et les gestionnaires de cas dont ils examinent le travail. C'est le type d'accès dont disposent les enquêteurs du Bureau du défenseur de la jeunesse de l'Alberta et c'est le moyen le plus opportun et efficace d'assurer un contrôle adéquat dans cette zone sensible de l'administration publique. La *Loi sur la protection des renseignements personnels* permet actuellement l'échange non consensuel d'information à partir de dossiers publiques « a) pour protéger la santé ou la sécurité du public ou d'un particulier » ou « b) aux fins d'une enquête liée à l'exécution d'une mesure législative ». Il est clair à présent que les dispositions d'accès général en vertu de la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* ont préséance sur les dispositions de confidentialité énoncées à l'article 11 de la *Loi sur les services à la famille*. Il est entendu que l'article 11 pourrait être modifié expressément pour permettre une surveillance continue des dossiers électroniques et un accès permanent à ces dossiers par des membres désignés de l'équipe d'enquête du défenseur des enfants et de la jeunesse.

4. Une fonction de surveillance réglementée pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes

La *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* nomme le défenseur pour surveiller les « services » définis aux enfants et aux jeunes, mais elle confère au défenseur des pouvoirs pour inspecter uniquement les locaux des « autorités » définies en vertu de la *Loi*. Les foyers de groupe privés, les maisons de transition pour jeunes et les foyers de soins spéciaux ne sont généralement pas des autorités publiques. Le défenseur ne dispose donc pas d'un mandat précis, prescrit par la *Loi*, lui permettant d'inspecter ces installations et en fait il n'existe aucun autre surveillant indépendant de ces organismes, qui fonctionnent en grande partie grâce à un financement du secteur public. Quand j'ai déposé le rapport de l'ombudsman de 2003-2004, j'ai recommandé que le gouvernement

nomme un organisme de contrôle indépendant pour surveiller le fonctionnement et la prestation des services offerts dans les foyers de soins et les foyers de soins spéciaux. Alors que cette recommandation découlait en grande partie des préoccupations transmises à mon bureau ayant trait au traitement des personnes âgées dans notre province, cette enquête a révélé que le traitement des jeunes dans des établissements semblables n'est pas mieux et qu'il souffre de la même absence de contrôle indépendant. Je recommande que la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* soit modifiée pour élargir les fonctions de surveillance et le mandat du défenseur de sorte à inclure les services aux enfants et à la jeunesse dans des foyers de groupe, des maisons de transition pour jeunes et des foyers de soins spéciaux exploités à titre privé.

Un ministre du Cabinet pour les services à l'enfance et à la jeunesse

Le problème le plus courant, et peut-être le plus important qui ait été défini par les fonctionnaires tout au long de cette enquête, a été le manque de volonté et d'orientation politiques. La plainte la plus courante et importante des parents est de ne pas savoir vers qui se tourner et le sentiment que personne ne s'occupe d'eux.

Le cas de Jasmine, mentionné précédemment, où la commission d'examen a ordonné au ministère des Services familiaux et communautaires de créer une option sécuritaire de soins en établissement pour une adolescente schizophrène de 15 ans et le refus du Ministère d'obtempérer est un exemple concret. Les Services familiaux et communautaires pouvaient légitimement désigner du doigt les dispositions des articles 22 et 23 de la *Loi sur la santé mentale* qui permettent au ministère de la Santé d'approuver les bâtiments et les maisons pour le placement des personnes sorties de l'hôpital et d'effectuer des paiements pour les soins des personnes sorties de l'hôpital dans des foyers approuvés. Une impasse et une absence de services ont surgi du fait qu'aucun ministre n'avait d'autorité prépondérante au niveau des services à l'enfance et à la jeunesse. Malheureusement, ce n'est qu'un exemple parmi tant d'autres où le manque d'autorité et l'incapacité à sortir de l'impasse des services à l'enfance et à la jeunesse dans de nombreux ministères gouvernementaux sont évidentes.

5. Le ministre responsable

Je recommanderais un certain nombre de mesures pour contrer ce problème. La première mesure serait de nommer un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse[3]. Tandis qu'il n'est sans doute pas conseillé de tenter de retirer les services aux enfants et aux jeunes des mandats de la Sécurité publique, des Services familiaux et communautaires, de la Santé ou de l'Éducation, ou d'autres ministères ou organismes, il y a cependant un besoin manifeste de fournir une meilleure orientation et un meilleur leadership dans l'intégration de ces services dans de nombreux ministères, au mieux des

[3] Il faut reconnaître que cela n'est pas une innovation, étant donné que d'autres l'ont fait et qu'il avait en fait été recommandé que le Nouveau-Brunswick agisse de la sorte il y a huit ans déjà : PROVINCE DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Les enfants priment tout : étude et refonte globales des services en matière de bien-être à l'enfance – rapport final*, Ministère de la Santé et des Services communautaires du N.-B., octobre 1999, p. 66, recommandation 27.

intérêts des enfants et des jeunes au Nouveau-Brunswick. Il faut également que cette tâche ne soit pas laissée à un ministre ou à un ministère de second rang, étant donné que l'intégration de services de ce genre requerra le pouvoir d'un ministre ayant une influence importante sur les cordons de la bourse. Étant donné que le ministère de l'Éducation est un grand ministère disposant d'un mandat qui se concentre uniquement et expressément sur les enfants et les jeunes dans la province, cela peut paraître raisonnable de faire du ministre de l'Éducation l'ultime responsable de l'intégration de tous les services publics aux enfants et aux jeunes. Comme solution de rechange, l'orientation politique requise pourrait aisément être donnée en la matière, si la responsabilité de l'intégration de ces services incombait complètement au premier ministre. L'une ou l'autre approche pourrait fonctionner ou une autre approche viable pourrait être proposée. La clé, c'est d'opérationnaliser une volonté politique à faire fonctionner les choses au bénéfice des enfants dans cette province.

6. Le mandat et l'autorité du ministre

Outre la désignation d'un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse, le gouvernement pourrait apporter le leadership nécessaire dans ce domaine en dotant le ministre d'un mandat législatif pour assurer l'intégration des services à l'enfance et à la jeunesse au mieux des intérêts de l'enfant. Le mandat du ministre devrait englober :

- l'élaboration d'une approche axée sur l'enfant pour la prestation de services publics, afin de répondre aux besoins des enfants et de la jeunesse;
- l'élaboration d'ententes au sein des ministères pour poursuivre cette approche par l'intermédiaire d'un financement conjoint de programmes et de services et de l'échange d'information;
- l'autorité pour conclure des accords avec les autres provinces et les niveaux du gouvernement pour perfectionner la prestation de services aux enfants et à la jeunesse;
- une responsabilité opérationnelle pour les différents organismes, comités et programmes instaurés pour réaliser l'intégration et la coordination des services aux enfants et à la jeunesse.

Il faut prendre des précautions pour doter adéquatement en ressources la fonction d'intégration et de coordination des services, tout en respectant le pouvoir d'application des fonds et les investissements exigés par les ministères et organismes des intervenants du gouvernement. Le ministre doit être un chef de file, l'effort et les ressources doivent provenir de tous les ministères et organismes, agissant en équipe.

Responsabilité et société civile : Défense vive des enfants et de la jeunesse

En définitive, agir au mieux des intérêts des enfants n'est pas une tâche qui peut être laissée seulement au gouvernement ou une personne ou un groupe de personnes. C'est une responsabilité partagée. À forte raison, cette responsabilité est en grande partie confiée aux parents et à d'autres soignants principaux, mais elle doit interpeller même ceux qui ne sont pas directement concernés.

En vertu du Code civil du Québec et dans diverses déclarations prévues par la loi dans des juridictions de common law, il y a une augmentation de l'utilisation des lois du bon samaritain, soit des lois qui exigent que nous portion secours à nos voisins dans des circonstances précises et exigeantes. Au cours des dernières années, la législation de cette province, en vertu de notre *Loi sur les services à la famille*, a fortement insisté sur les obligations en matière de signalement dans les cas de négligence et de violence infligées aux enfants. Un domaine qui mérite une étude et un examen plus approfondis est celui qui consiste à savoir si la législation relative à la déclaration va suffisamment loin et si des sociétés telles que la nôtre bénéficieraient d'une loi imposant une norme de soins encore plus rigoureuse pour satisfaire à nos obligations envers les jeunes en général.

Il n'y a pas si longtemps, la société était beaucoup plus homogène et conformiste en apparence et la législation ne se dérobait pas devant la réprobation d'une conduite jugée offensante pour la moralité publique ou dépravant vraisemblablement la jeunesse. La société d'aujourd'hui, en comparaison, est beaucoup plus permissive. Elle encourage les enfants et les jeunes à trouver leur propre voie plutôt que de la façonner selon un idéal donné. La question que nous devons nous poser, par conséquent, est la suivante : Comment les enfants s'en sortent-ils? Reçoivent-ils la quantité correcte d'orientation, de soutien et d'autodétermination? Sommes-nous restés des gardiens vigilants, intéressés et respectueux de leur développement? Ou les avons-nous laissés se débrouiller seuls, d'après la modeste opinion que nous ne sommes pas mieux équipés qu'eux pour trouver le droit chemin, ou savoir s'il y en a un?

7. Appuyer le bien-être à l'enfance en tant que vertu civique

La question de savoir si les enfants et les jeunes bénéficieraient des lois du bon samaritain qui nous commandent d'être attentifs à leur endroit est un sujet qui requiert davantage de discussions et d'égards. En attendant, en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse, j'inviterais toute la société civile à renouveler un intérêt personnel dans les affaires de protection de l'enfance. Nous devons rester vigilants et attentifs au fait que, dans notre système démocratique, les enfants n'ont aucune voix, sauf la nôtre. La presse, les médias en général, les universitaires, les associations professionnelles et le secteur bénévole ont tous un rôle important à jouer pour maintenir la responsabilisation du gouvernement en matière de prestation de programmes et de services pour les enfants et pour les jeunes. Au cours de la dernière année, la portée dans laquelle mes efforts, en tant que défenseur, ont été épaulés, renforcés et, à certains moments, même devancés par des membres de la société civile m'a encouragé. La défense du bien des enfants et de la jeunesse est une vertu civique à promouvoir.

L'un des aspects les plus difficiles de cette enquête a été de présenter des recommandations qui reproduisent les conditions nécessaires pour assurer des interventions réussies pour les jeunes ayant des besoins très complexes. À partir de notre examen de ces dossiers, les ingrédients clés pour des interventions réussies sont une perspective continue, un amour stable et des relations attentionnées, des soins communautaires et une patience exemplaire. Il n'est pas surprenant que ce soient là de nombreux attributs des relations axées sur la famille et la parenté. Ils sont également

présents dans nos modèles de parents des familles d'accueil et dans les mouvements caritatifs tels que l'Arche. L'Arche est un mouvement communautaire fondé en 1964 par le Canadien Jean Vanier, partisan de l'aide humanitaire. À l'Arche, les personnes qui présentent des déficiences développementales et ceux qui viennent aider partagent leur vie et leurs activités pendant la journée, dans des établissements baignés dans une ambiance familiale qui sont intégrés dans des quartiers locaux. L'Arche exerce des activités dans 34 pays, mais elle comporte 27 communautés au Canada, où elle exploite presque 200 foyers et ateliers ou programmes de jour, bon nombre d'entre eux se trouvant au Québec ou en Nouvelle-Écosse. Il n'y en a toutefois un seulement au Nouveau-Brunswick, qui vient tout juste d'ouvrir ses portes à Saint John.

Je recommande que le gouvernement du Nouveau-Brunswick encourage de manière active des investissements volontaires, professionnels et communautaires dans le bien-être à l'enfance, en admettant la responsabilité primordiale du gouvernement provincial dans les affaires de bien-être à l'enfance, mais en contrebalançant cette considération avec des contributions à valeur ajoutée que les organismes sans but lucratif, les associations professionnelles, les municipalités, les organisations caritatives et autres peuvent fournir en vue de la conception de partenariats d'entraide forts pour les enfants et la jeunesse.

Chapitre 2 – Intégration des services : *L'histoire de William*

Si nous acceptons ensuite d'établir un cadre de responsabilité et que nous nous engageons politiquement à renouveler notre vigilance en matière de protection de l'enfance, comme le gouvernement actuel semble disposé à le faire, étant donné son programme d'action au cours de la dernière année, nous pouvons commencer le travail honnête qui consiste à coordonner nos efforts pour atteindre ces objectifs. Ce n'est pas une mince affaire. Pour reprendre les mots d'un fonctionnaire ministériel, c'est un peu comme vouloir changer complètement de cap. Cette enquête n'englobait que quatre ministères, même si bien d'autres ministères, organismes et intervenants non gouvernementaux sont concernés. Les quatre principaux ministères visés agissent dans un contexte de ressources limitées. L'échange d'information est grandement limité en raison de sa nature extrêmement sensible. Des cultures organisationnelles très distinctes existent au sein des différents ministères et de leurs secteurs d'activité, et malgré les recommandations énoncées ci-dessus, la situation actuelle est caractérisée par une chaîne de commandement et par des pressions associées à la gestion de cas qui font augmenter la concurrence en rapport aux ressources déjà limitées et qui mènent à la décharge de la responsabilité des cas particuliers d'enfants et de jeunes dans le besoin.

Cependant, les fonctionnaires reconnaissent volontiers que nous effectuons un piètre travail de coordination de nos efforts et qu'il serait possible de réaliser de nombreuses économies et une meilleure prestation de services. Nous disposons de la capacité technologique pour effectuer un meilleur travail d'échange d'information, et cette manière de faire est reconnue comme un moyen privilégié d'atteindre l'objectif d'intégration des services, à condition que cela soit fait en accord avec les questions associées à la protection de la vie privée qui sont en jeu. Divers modèles d'intégration des services existent dans d'autres administrations dont nous pouvons tirer des leçons, y compris le

modèle dans l'État du Maine, où trois de nos jeunes ayant des besoins extrêmement complexes – dont les portraits sont brossés dans ce rapport – reçoivent actuellement des soins. Les importantes dépenses engagées pour subvenir aux besoins de ces trois jeunes hommes à l'établissement Spurwink dans le Maine sont la preuve vivante qu'une solution au Nouveau-Brunswick serait plus rentable. Tous les experts pointent du doigt l'intégration des services comme un élément essentiel pour s'occuper de façon efficace des jeunes ayant des besoins complexes[4].

L'histoire qui décrit de la manière la plus émouvante les différentes normes de soins offerts aux jeunes ayant des besoins complexes et qui illustre également la manière dont l'intégration des services peut profiter à un tel jeune, est bien connue du public et des médias dans la province. C'est l'histoire d'un jeune homme gravement autiste dont la détention à Centracare il y a plusieurs années est devenue la cause de ralliement pour les parents d'enfants autistes au Nouveau-Brunswick. Il s'agit de l'histoire de William.

L'histoire de William

Lorsque mes enquêteurs ont rencontré le père de William, il était évident que sa famille avait fait un long parcours. Après avoir passé des années à défendre les intérêts de son fils, le père de William a consenti à raconter son histoire une fois de plus.

Lorsqu'il était bébé, William « était un enfant tout à fait normal ». Il a franchi chacune des étapes clés de développement jusqu'à l'âge de deux ans. À cette époque, il était capable de jouer avec des jeux vidéo et de communiquer ses besoins. Lorsqu'il a atteint l'âge de trois ans, ses parents, inquiets de son développement ralenti, l'ont emmené chez un psychologue, qui a leur a dit de ne pas s'inquiéter, et que les enfants accusent souvent un retard dans certains domaines. Deux ans passent. À 5 ans, William est envoyé par un psychologue à l'Hôpital Isaac Walton Killam à Halifax. C'est là que l'on a pose le diagnostic de l'autisme. Son père raconte n'avoir jamais entendu le mot auparavant, et savait encore moins de quoi il s'agissait. William faisait preuve d'une certaine agitation, mais ne présentait aucun problème de comportement en soi – rien que les parents ne pouvaient maîtriser.

William a nécessité de nombreuses interventions dans le milieu scolaire. Il a bénéficié d'un modèle d'inclusion scolaire, mais malgré de nombreuses interventions, il n'a jamais vraiment progressé au-delà des compétences cognitives ou communicationnelles d'un enfant de deux ou trois ans. Son comportement perturbateur à l'école nécessitait de le

---

[4] ZANGLIS, I., M. J. FURLONG et J. M. CASAS. *« Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders »*, Behavioral Disorders, vol. 25 (août 2000), p. 359-371; KEYS, S. G., F. BEMAK, S. L. CARPENTER et M. E. KING-SEARS. *« Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth »*, Journal of Counseling and Development, vol. 76 (printemps 1998), p. 123-133; BECKER, D., A. HOGUE et H. A. LIDDLE. *« Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention »*, Child and Adolescent Social Work Journal, vol. 19, n° 2 (avril 2002), p. 163 à 179.

retirer d'une salle de classe régulière pendant de longues périodes et de le mettre dans un cadre différent adapté à ses besoins. En fait, pendant de nombreuses années, William a passé beaucoup de temps isolé dans les écoles où il devait être « intégré ».

Son père souligne que, bien qu'il éprouvait certaines difficultés, dans l'ensemble, les écoles venaient à bout des problèmes de William et qu'il s'en sortait à l'école. Lorsque William était enfant, son père se souvient qu'il était capable de donner un coup de main pour certaines tâches ménagères, par exemple dans la cuisine. Il adorait sauter et courir et il nageait également dans la piscine derrière la maison familiale. La piscine a dû être fermée quelques années plus tard, lorsque William a commencé à avoir des attaques.

Lorsque William avait environ 19 ans, son psychiatre lui a prescrit un nouveau type de médicament qui a eu des effets néfastes sur lui. Ses attaques ont empiré. Il devenait de plus en plus difficile à maîtriser à la maison. Ses parents ont demandé des soins de relève; William a donc été placé dans un environnement de soins de jour de SFC. Peu après, William a commencé à passer deux nuits par semaine au foyer de groupe, pour finalement y emménager. À peine quelques mois plus tard, les parents ont commencé à remarquer une détérioration notable du comportement et des facultés cognitives de leur fils. William était suivi par un psychiatre et un psychologue qui lui rendait visite au foyer de groupe, et il fréquentait l'école secondaire pendant la journée. Il avait des contacts réguliers avec sa famille.

Au cours de cette période, les parents ont commencé à remarquer des marques de brûlures sur le corps de leur fils. D'après son père, on leur donnait des explications incohérentes au sujet des marques. Ils ont continué à faire part de leurs inquiétudes aux SFC, mais selon eux, on ne les écoutait pas.

Cinq mois environ après qu'ils aient d'abord signalé leurs inquiétudes à SFC, on leur a informé que William devait quitter le foyer. Les raisons données étaient que l'exploitant du foyer de groupe ne pouvait plus offrir des soins adéquats à William, à cause de sa force et de son comportement d'une agressivité imprévisible. SFC a entrepris de trouver un nouveau placement pour William. Les quelques propositions mises de l'avant ont toutes été refusées par SFC, en raison de leur coût élevé.

L'exploitant du foyer de groupe a accepté de loger William dans un appartement où il bénéficierait d'un soignant personnel, en attente d'un autre placement. Dans cet environnement extrêmement structuré, ses problèmes comportementaux étaient minimes. Il a poursuivi sa thérapie, ses visites auprès de sa famille et ses études. Toutefois, les arrangements provisoires n'ont pu être prolongés au-delà de quelques mois.

En 2002, lorsque William était âgé de 21 ans, ses parents ont été avisés par SFC qu'il ne pouvait plus vivre dans l'appartement. Le Ministère a proposé de transférer William à Centracare, à Saint John. En raison de leurs craintes en rapport à ce déménagement, ses parents ont demandé de prolonger de 30 jours le placement de William dans l'appartement, afin d'examiner les possibilités et de demander conseil auprès d'un expert. Les parents ont présenté un rapport du médecin de famille de William, qui déclarait que

Centracare n'était pas un bon placement pour William, et qu'il pourrait causer une détérioration de son état. Son psychiatre et son psychologue étaient aussi en désaccord avec ce placement, tout comme le personnel de Centracare. Le ministre a rejeté les opinions des professionnels ainsi que la demande de prolongation de 30 jours, et William a été placé à Centracare.

Le plan était de placer William dans l'unité de réadaptation, en vue de rendre William à sa communauté, un jour. En fin de compte, il a été placé dans une « unité de soins prolongés », où il y avait un accès limité aux programmes et aux thérapies. De plus, le personnel à Centracare a prévenu SFC que l'unité disponible pour William était très bruyante et inappropriée pour un jeune homme autiste. Selon le personnel, William risquait d'être agressé par d'autres résidents, un avertissement appuyé par le rapport préalable d'un psychiatre. Cet avertissement a été ultérieurement corroboré étant donné que William a été agressé à plusieurs reprises, dont une agression sexuelle. Par conséquent, le comportement de William s'est détérioré, au point de perdre la majorité des facultés cognitives qu'il avait acquises au cours des années précédentes. Son père croit que ces dommages sont très probablement irréversibles.

Dans un exposé de la demande associée à une action en justice que les parents ont intentée contre le gouvernement, les parents affirment, lors d'une visite précise, avoir : « … trouvé William sous forte sédation – il ne reconnaissait plus ses parents et était allongé sur son lit avec les mains sur ses oreilles, en se plaignant du bruit. De plus, ils l'ont trouvé nu en isolation... à maintes reprises par la suite. »

Seize mois après son placement à Centracare, William a été agressé sexuellement. Ses parents ont continué à réclamer le retrait de leur fils du centre et son placement dans un milieu mieux adapté, en utilisant n'importe quel moyen pour se faire entendre. De nombreuses personnes au Nouveau-Brunswick se souviendront de cette affaire à la lecture de ces lignes, car le père de William n'a jamais hésité à exposer publiquement la situation désespérée de son fils et donc à attirer fortement l'attention des médias.

Trois ans après son admission à Centracare, William a été transféré à l'établissement Spurwink à Portland, dans l'État du Maine, à un coût annuel de plus d'un demi-million de dollars par an. Même si ses parents n'ont aucun moyen de transport pour faire les six heures de route jusqu'à Portland, ils sont heureux que leur fils reçoive les soins dont il a besoin, mais ils préféreraient que leur fils puisse recevoir ce genre de soins au Nouveau-Brunswick, ce qui leur permettrait de rendre visite à leur fils.

À son arrivée à l'établissement américain, William a été placé dans une maison où il demeure toujours le seul occupant. Au début, il était soigné par un couple qui vivait dans la maison avec lui. Mais cela était très éprouvant pour le couple de s'occuper de William en raison de son état initial. Les arrangements ont donc été changés et ses soins sont maintenant fournis par le personnel par quart de travail. Le personnel à Spurwink a dit à mes enquêteurs que d'après l'information à leur disposition, au cours de la dernière année que William avait passée à Centracare, il n'était pas sorti une seule fois dehors. Il va sans dire que William avait et a encore un long chemin à parcourir pour redevenir la personne

qu'il était. Au cours des deux ans et demi que William a passés à Spurwink, ses progrès ont été lents mais constants. Le personnel qui travaille avec lui a fait les déclarations suivantes :

« William semble vraiment posséder des compétences. Il est capable d'apprendre. Le potentiel est là… Il semble être intéressé par l'éducation….. Certaines méthodes utilisées avec d'autres sont inefficaces avec William. Néanmoins, il commence lentement à montrer des résultats…. »

Concernant William, et les deux autres jeunes du Nouveau-Brunswick placés dans le Maine, une question inévitable se posée : « Pourquoi ont-ils dû être placés à l'extérieur du pays pour obtenir le niveau de service dont ils ont besoin? » Comment pouvons-nous intégrer nos services au Nouveau-Brunswick pour les faire fonctionner pour William et des jeunes gens comme lui?

Ce casse-tête comporte de nombreuses pièces. Évidemment, les recommandations énoncées ci-dessus au sujet de la responsabilisation et de l'orientation politique constituent un élément important. Également, à la lumière des leçons tirées de Spurwink, il est clair que le modèle de prestation de services axé sur l'enfant, ou adapté en fonction des besoins de l'enfant, est une autre première étape importante. Les deux obstacles imminents à l'intégration des services portent sur la gestion des conflits au sujet du contrôle des ressources et de l'information, c'est-à-dire qui va payer et qui a besoin de savoir. Il faut élaborer de meilleurs systèmes d'échange d'information qui sont accessibles aux parents, aux jeunes et à tout leur cercle de soins. Un modèle de prestation intégrée des services est un modèle où les parents se sentent soutenus, où ils obtiennent des services sans devoir courir çà et là. Dans certains aspects de notre travail, l'intégration des services peut être réalisée simplement en faisant plus ce que nous faisons bien. Notre examen a abouti à des recommandations qui explorent ces différentes possibilités.

8. Un modèle de prestation de services axé sur l'enfant

Tous les manuels en parlent. D'après nous, il s'agit aussi d'une question d'intérêt public dans notre province. Nous aspirons à offrir des services qui sont axés sur l'enfant et qui sont sensibles aux besoins de chaque enfant et de chaque jeune qui accède aux services. Toutefois, notre enquête a révélé que bien que nous ayons toutes les cartes en main pour atteindre nos buts, il nous est difficile de les atteindre. Les parents nous ont confié qu'ils rêvent du jour où un travailleur de cas ou un travailleur social leur demandera : « De quoi a besoin votre enfant et comment puis-je vous aider à l'obtenir? ». Les travailleurs sociaux nous ont dit qu'il y a 30 ans, au début de leurs carrières, ils appréciaient le travail sur le terrain et le travail dans le foyer familial avec les enfants qui avaient besoin d'une aide. À présent, ils admettent avec regret que leur travail est devenu tel qu'ils sont réduits à agir comme courtiers de services avec très peu de temps attribué aux contacts réels dans le foyer. Ils regrettent également que trop souvent, ils doivent refuser les services aux enfants dans le besoin, car leurs profils ne remplissent pas les critères du programme, et il n'y a pas d'autre programme disponible pour aider les cas particuliers de ces enfants.

Voilà ce que nous voulons dire quand nous disons qu'il est bien le temps de passer à l'action et de changer de cap. Nous recommandons que le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse introduise des lignes directrices et des programmes de formation pour le personnel de première ligne dans tous les ministères pour s'assurer que nous répondons aux besoins légitimes des enfants et des jeunes qui demandent un service. Le gouvernement doit passer d'un système d'exclusion, attribuable à la prestation de programmes fondée sur des critères, à un système d'offre de services. La responsabilité financière a exigé que nous fassions une application stricte des critères d'admissibilité aux programmes. Il s'agit d'une mesure valable et nécessaire. Je propose qu'en matière de protection de l'enfance, il nous faut également élaborer des mesures de responsabilisation sociale, afin de garantir que nos programmes commencent à atteindre leurs objectifs de prestation de services.

9. Adoption d'une loi sur la coopération et l'échange d'information dans les affaires de bien-être à l'enfance

Le défi principal de l'intégration des services est le pouvoir de dépenser. De quelle manière peut-on désigner un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse s'il n'a pas de contrôle sur les dépenses relatives aux programmes pour les enfants et les jeunes dans différents ministères hiérarchiques? Comment peut-on accorder autant de pouvoir au ministre responsable sans compromettre l'indépendance de ses collègues au Cabinet et leur devoir de répartir des ressources limitées de manière à répondre aux diverses priorités ministérielles? Ce sont des questions difficiles. Cependant, au bout du compte, je pense qu'il s'agit d'un faux dilemme. La véritable question est de savoir si le gouvernement veut faire de la prestation de services aux enfants et aux jeunes une priorité dans cette province. S'il y a une telle volonté politique, alors la voie à suivre devrait être claire.

Au cours des dernières années, les défenseurs de la jeunesse autochtone au Canada ont insisté avec succès sur l'application du principe de Jordan pour mettre en œuvre des services auprès des jeunes. Jordan était un jeune enfant des Premières nations qui, dès sa naissance, avait des besoins médicaux complexes. Après avoir passé les deux premières années de sa vie à l'hôpital et bénéficié d'un important soutien communautaire, les médecins ont déclaré qu'il pouvait aller dans un foyer familial. Cette décision aurait dû être un temps de réjouissance, mais pour les gouvernements provincial et fédéral, elle a marqué le début d'une querelle, à savoir quel ministère allait payer pour les soins à domicile de Jordan. Le conflit de compétence a duré plus de deux ans. En plus de recourir à une médiation, on a intenté une action en justice pour savoir qui devait payer une rampe d'accès pour fauteuils roulants ou des pommes de douche modifiées. Le conflit a été finalement réglé peu après le quatrième anniversaire de Jordan à l'hôpital, mais il était trop tard pour Jordan. Il est décédé avant qu'il puisse rejoindre sa famille. Le principe de Jordan, qui a été élaboré en raison de cette triste situation, exige que dans de pareils conflits de compétence, le prestataire de services de premier contact doit payer pour les services et demander ensuite une contribution des autres secteurs du gouvernement. De cette manière, les questions de compétence peuvent être traitées sans priver un enfant de soins.

L'histoire de William, comme celle de Jasmine, a été compliquée inutilement par des batailles de compétence entre les Services familiaux et communautaires et le ministère de la Santé. Alors qu'il dépérissait à Centracare, persécuté par d'autres patients dans l'établissement, les ministères débattaient qui allaient payer pour ses services. Nous recommandons que le gouvernement élabore une réponse législative et institutionnelle pour mettre en application le principe de Jordan, ou une mesure similaire, dans la province. À mon avis, il est inévitable que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse aurait besoin de fonds suffisants pour lui permettre d'agir à titre d'intermédiaire dans les conflits financiers de façon efficace sans toujours imposer des coûts à un ministère ou à un autre. Cependant, dans la plupart des cas, le rôle central du ministre serait de déterminer efficacement et rapidement quels services sont nécessaires et quel ministère devrait payer.

Par exemple, il serait possible pour un ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse d'être investi du pouvoir d'ordonner la contribution financière ou le paiement des services par un ministère donné en cas d'accès contesté aux services. Si le ministre disposait d'une telle autorité, elle aurait rarement besoin d'être invoquée, car les ministères préféreraient trouver une solution fixée par entente mutuelle plutôt que de s'en voir imposer une. Tout abus de l'autorité du ministre dans un cas donné pourrait être efficacement abordé au cabinet.

10. Adoption d'une loi sur la coordination interministérielle dans les questions de bien-être à l'enfance

C'est une chose de nommer un ministre responsable et de lui octroyer un certain pouvoir de prise de décision pour diriger le paiement des services dans des cas de contestation. Néanmoins, l'opération quotidienne d'un effort aussi grand en matière de coordination et d'intégration des services nécessiterait une structuration aux plus hauts niveaux de la fonction publique, afin d'assurer la participation active par tous les ministères responsables concernés. Nous recommandons la formation d'un comité directeur des sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires qui se réunirait tous les trois mois et ferait rapport au ministre responsable sur une base régulière. Le ministre responsable pourrait être secondé dans cette tâche par un directeur général qui se rapporterait directement à lui et qui agirait en qualité de secrétaire pour le comité des sous-ministres. Ainsi, sans la réalisation d'une dépense supplémentaire importante, un petit groupe du gouvernement central pourrait être établi et être mandaté précisément de voir aux efforts en matière de politique et de planification essentiels à la coordination des services au sein du gouvernement. Des organismes semblables ont contribué de façon importante à l'élaboration de politiques dans la province dans des secteurs tels que la situation de la femme et les affaires autochtones.

11. Adoption d'une loi sur l'échange d'information dans les affaires bien-être à l'enfance

Comme je l'ai mentionné ci-dessus, un autre domaine de coopération qui peut nécessiter un cadre législatif est l'échange d'information dans les affaires de protection de l'enfance entre les ministères et les organismes du gouvernement. En général, la *Loi sur la protection des renseignements personnels* (LPRP) stipule que lorsque des problèmes d'interprétation surgissent quant à l'application des principes de confidentialité dans d'autres lois, ils devraient être résolus en se référant au Code de pratique statutaire en vertu de la LPRP. Ce code de pratique permettrait l'échange d'information sans consentement, afin de protéger la santé ou la sécurité d'une personne ou d'un groupe de personnes. La *Loi sur les services à la famille* permet elle-même l'échange d'informations personnelles sans consentement exprès entre les organismes du gouvernement. Mais la réalité est que l'information des dossiers ne circule pas librement et même dans les cas où l'échange d'information est nécessaire dans le meilleur intérêt de l'enfant, des poches de résistance surgiront, invoquant le droit à la vie privée d'un enfant ou d'un jeune donné. Par conséquent, il peut être utile de réaffirmer officiellement, dans les lois touchant à l'information et aux droits à la vie privée des enfants, dans les domaines de l'éducation, de la santé, de la sécurité publique et des services sociaux, une obligation pour les dépositaires des données publiques d'échanger ces renseignements avec d'autres organismes publics, si le fait d'agir de la sorte peut servir raisonnablement les intérêts de l'enfant. En d'autres termes, la norme doit stipuler clairement que, même si la protection de la vie privée de l'enfant est un droit important, l'obligation de partager des renseignements avec d'autres prestataires de service publics pour en faire bénéficier l'enfant est une préoccupation primordiale.

Des lois spécialisées dans ce domaine pourraient aider à clarifier toute ambiguïté et améliorer l'intégration des services de bien-être à l'enfance. Des dispositions détaillées pourraient être élaborées pour établir la liste des priorités des niveaux de divulgation. Il peut donc être pertinent que certaines informations de base en matière de santé puissent être aisément mises à la disposition des représentants scolaires, que les représentants scolaires soient priés de dévoiler les informations qui peuvent aider dans une enquête sur d'éventuels mauvais traitements ou négligences, que les travailleurs sociaux aident les travailleurs correctionnels pour les jeunes en divulguant des informations qui sont susceptibles d'aider le programme de réadaptation ou de traitement d'un enfant en détention. Dans tous les cas, les représentants devraient agir en toute conformité avec la norme d'un parent prudent et aimant. Bien que dans de nombreux domaines de l'administration publique, les principes de la transparence et de la vie privée doivent être soigneusement équilibrés, la Cour suprême a maintenu qu'en cas de doute, la vie privée devrait primer. Dans le domaine de la protection de l'enfance, n'importe quel doute relatif aux préoccupations primordiales en matière de vie privée et de transparence devraient être résolu en faveur de l'échange d'information, s'il est possible de promouvoir l'intérêt de l'enfant. Cela est d'autant plus vrai si un ministre ou un autre agent public agit au nom d'un pupille de l'État. Dans ces situations, les meilleurs intérêts de l'enfant sont presque invariablement servis par la divulgation d'informations à d'autres organismes publics, toujours au sein du cercle de soins de l'enfant ou du jeune en question. Si la loi au

Nouveau-Brunswick est généralement en accord avec cette approche, elle pourrait tout de même bénéficier d'une déclaration législative plus claire en rapport aux renseignements personnels des enfants et des jeunes qui reçoivent des services publics.

12 Un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin

Si les principes qui précèdent sont bien compris et bien articulés dans la loi, il sera possible d'exploiter la technologie de gestion de l'information et des dossiers qui est en cours d'élaboration dans le domaine de la santé pour aider à intégrer les services. Un travail important devrait être réalisé pour déterminer si les dossiers de la santé ou les dossiers scolaires seraient le point de départ logique pour un dossier électronique conjoint pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Toutefois, l'avantage d'engager les agents de traitement des cas, les travailleurs correctionnels, les enseignants-ressources, les titulaires de classe, les professionnels de la santé, les aides-enseignants et les parents dans un programme de traitement pour les enfants ou les jeunes est aisément apparent. Dans le domaine de l'intervention chez les enfants autistes, certains programmes existent et démontrent la possibilité de rassembler tous les intervenants à un forum commun ou à une table commune pour élaborer, suivre de près et adapter le plan de traitement ou le plan éducatif de l'enfant.

Alors qu'il peut être trop coûteux et inutile de créer un tel dossier électronique conjoint pour chaque élève d'âge scolaire, il peut être approprié d'agir de la sorte pour les élèves qui suivent un plan éducatif spécial. En tant que projet pilote, il peut être approprié de concevoir et de mettre au point un tel système pour les élèves ayant des besoins extrêmement complexes.

Nous recommandons que le ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse constitue un groupe d'étude pour rendre compte des moyens les plus appropriés pour échanger des renseignements entre les ministères et pour explorer la possibilité de mettre en place un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin.

13 Un seul point d'entrée pour l'accès à l'information et aux services pour les familles

L'intégration des services nécessite vraiment que les fonctionnaires dans tous les ministères développent leurs compétences en matière d'options de prestation de services accessibles aux jeunes et à leurs parents à travers le gouvernement. Aux yeux des patients ou des consommateurs, chaque fonctionnaire est la voix du gouvernement. Cela explique pourquoi ils sont frustrés lorsqu'ils doivent expliquer à un groupe de représentants ce qu'ils ont appris des fonctionnaires dans un autre ministère. Les parents nous ont dit qu'ils doivent constamment raconter leur histoire de A à Z, en expliquant aux représentants qui doivent le savoir les raisons pour lesquelles les services d'autres ministères ne leur sont plus accessibles à eux ou à leur enfant. Ils font aussi part de leur frustration lorsqu'ils ont pris connaissance six mois ou six ans trop tard d'un programme ou d'un service auquel ils

auraient dû avoir accès il y a longtemps. La plupart des parents reconnaissent qu'après le diagnostic de leur enfant, ils ont dû se débrouiller beaucoup eux-mêmes. Avec du recul, ils réalisent qu'on les a très peu informés de ce qu'étaient les problèmes de santé mentale. Si cela avait été fait, ils auraient été mieux équipés pour composer avec la situation. Ces parents ont demandé pourquoi il n'y a pas un seul point d'entrée dans le système à la suite du diagnostic, où les parents et les jeunes peuvent accéder à l'information, prendre connaissance des programmes et des services de soutien qui s'offrent à eux et obtenir une orientation et un appui pour accéder à ces services.

Ce genre de service a été mis sur pied dans le cas des permis de conduire, des permis de chasse et de pêche et des systèmes d'enregistrement des titres de propriété et des biens fonciers. Pourquoi ne pouvons-nous pas le faire dans le domaine des services de santé? Comment le gouvernement peut-il répondre à ces besoins? Alors que le gouvernement a récemment délégué la responsabilité des services de santé mentale aux Régies régionales de la santé, il peut y avoir un certain avantage à collaborer et à éviter la répétition inutile des efforts lors de la constitution d'informations sur la santé qui sont fiables et accessibles aux enfants, aux jeunes à risque et à ceux ayant des besoins extrêmement complexes.

Nous recommandons qu'en plus de l'élaboration de systèmes fermés pour l'échange d'information entre les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes, que le gouvernement investisse de nouvelles ressources importantes dans le développement de systèmes d'information ouverts en matière de santé publique pour aider et guider les parents et les familles à travers la gamme de programmes et de services qui peuvent aider leur enfant après le diagnostic d'un état de santé mentale. Un examen du type d'information disponible par l'intermédiaire du Centre TEACCH de l'Université de la Caroline du Nord peut être une référence utile[5]. Les partenaires dans ce processus doivent inclure les gestionnaires des services de santé mentale des régies régionales de la santé, le défenseur des patients souffrant de maladies mentales, l'Association du Nouveau-Brunswick pour l'intégration communautaire, la Société de l'autisme du Nouveau-Brunswick, le Défenseur des enfants et de la jeunesse et l'Association canadienne pour la santé mentale.

[5]Voir par exemple le CENTRE TEACCH (Chapel Hill). *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism* (en ligne). Université de la Caroline du Nord, Chapel Hill, N.C. Sur Internet : http://www.teacch.com/info_family.html

Chapitre 3 – Établissements de soins communautaires : *L'histoire de Jacob*

J'en arrive maintenant aux prémisses qui ont permis de déclencher la présente enquête. En supposant que nous fassions tout ce qui est en notre pouvoir pour responsabiliser tous les intervenants, favoriser l'orientation politique et mieux coordonner et intégrer nos efforts dans l'ensemble des ministères du gouvernement, les cas problèmes ne se volatiliseront pas. Nous serons encore confrontés à un manque important de professionnels qualifiés et à un trop petit nombre d'options en matière de placements résidentiels. Les renvois et les placements continus de jeunes, comme William, au centre de traitement Spurwink, au Maine, au coût de 500 000 $ par année par jeune, ne seront pas rentables du point de vue financier à long terme. Comment passerons-nous alors de la pratique actuelle qui consiste à exporter nos jeunes qui ont des besoins complexes (et qui comptent parmi les cas les plus graves) à l'extérieur de la province et du pays à un modèle de soins communautaires pour ces derniers qui se pratiquera ici au Nouveau-Brunswick?

La question de faire sortir les gens de l'environnement institutionnel et des retombées qui en découlent, ainsi que le questionnement à savoir si des soins résidentiels dans la communauté peuvent être réalisés sans faire de cette alternative une autre sorte d'institution constitue un autre thème important de l'enquête.

Dans le cas de Jasmine, nous sommes partis du principe que le manque d'établissements de soins spéciaux pour bénéficiaires internes constituait le problème. Toutefois, notre enquête a immédiatement soulevé des questions : Le problème est-il attribuable à un manque d'établissements ou à un manque de services de soutien aux familles? Le problème est-il causé par le manque d'établissements de soins de longue durée pour les jeunes ayant des besoins complexes ou plutôt par un manque de capacité institutionnelle de gestion des besoins de soins de courte durée des jeunes patients en santé mentale? Si l'on peut imaginer de meilleures options en matière d'établissements de soins communautaires pour les jeunes ayant des besoins complexes, quels rôles joueront les collectivités et le secteur sans but lucratif dans ce mode de prestation de services? Qu'en est-il des besoins des jeunes à risque? Quelles sont les options en matière de services résidentiels mises à leur disposition? Pourquoi les maisons de transition pour jeunes dans l'ensemble de la province ont-elles constamment de la difficulté à joindre les deux bouts? De nouveaux établissements résidentiels peuvent-ils être construits afin de répondre aux besoins de ces deux groupes de jeunes? Qu'en est-il du recoupement des services éducatifs, des services de santé et de la prévention du crime? Comment intégrons-nous les services propres à un cas et à l'échelle locale?

Je propose de discuter de toutes ces questions après avoir étudié de plus près l'histoire d'un jeune homme qui, avant son placement au centre de traitement Spurwink, à Portland, au Maine, avait brûlé presque tous les ponts et options qui lui étaient offerts au Nouveau-Brunswick en fait de soins en établissement. Il vient d'une famille nombreuse qui le soutient, mais ses explosions de violence et d'agressivité ont empêché sa réintégration au sein de sa famille. L'enquête était déjà bien avancée avant que j'aie des nouvelles de sa mère. Mes enquêteurs ont alors eu l'occasion de rencontrer son fils au Maine et étaient contents de faire la connaissance d'un jeune ayant des besoins complexes

qui était très communicatif et qui possédait un sens de l'humour et un réel potentiel. Toutefois, le dossier des interventions réalisées au Nouveau-Brunswick nous donne un portrait beaucoup moins optimiste de ce jeune homme. Il s'agit de l'histoire de Jacob.

L'histoire de Jacob

Jacob est né au printemps de 1989 et est maintenant âgé de 18 ans. Il a un frère jumeau et quatre autres frères et sœurs. En raison de la souffrance fœtale de Jacob, sa mère accouche de ses jumeaux par césarienne à 39 semaines de grossesse. Huit mois plus tard, sa mère commence déjà à s'inquiéter de la différence notable entre Jacob et son autre enfant. À trois ans, sa mère l'amène voir un médecin. Le médecin ne voit pas la nécessité de le diriger vers d'autres spécialistes.

À l'âge de cinq ans et sept mois, la mère du garçon commence à chercher à obtenir plus d'aide pour son fils en raison de l'augmentation de problèmes : fixations dans le vide, capacité d'attention limitée, comportement agressif et incontinence nocturne. Cela a marqué le début des thérapies et médicaments pour Jacob. Il prend divers médicaments, au fil des ans, qui lui sont prescrits par les nombreux médecins qui le traitent. Il prend longtemps les médicaments Tegretol et Risperdal jusqu'à ce que ces derniers perdent de leur efficacité. Il prend également du lithium. En plus des aspects positifs de sa pharmacothérapie, un des effets du Risperdal prescrit a été la prise de poids considérable. En 2006, le diagnostic complet de Jacob révèle qu'il souffre d'un trouble omniprésent de la personnalité, non spécifié ailleurs (NSA), du syndrome de Gilles de la Tourette et d'un trouble oppositionnel avec provocation. Il présente également les symptômes de comorbidité des comportements obsessionnels-compulsifs et du déficit de l'attention.

En ce qui concerne les services éducatifs, l'examen du dossier montre que, dès son entrée à la maternelle, Jacob a de la difficulté, qu'il ne saisit pas les signaux, qu'il a des troubles de comportement et qu'il est agressif physiquement. En 1re année, son comportement agressif se poursuit, même s'il a une excellente enseignante et que la communication parentale est bonne. Sur le plan scolaire, le rendement de Jacob est toujours au-dessous des niveaux attendus; il connaît toutefois un succès mitigé avec certains plans d'éducation spéciale bien que ceux-ci s'avèrent incohérents. Au cours de ses premières années scolaires, Jacob commence toujours l'école au mois de septembre sans qu'un aide-enseignant ne lui soit assigné, mais à la suite de quelques incidents comportementaux, on lui en attribue un. Ce type de service réactionnel offert par le système scolaire est problématique pour Jacob. Il présente alors davantage de problèmes comportementaux, car il a toujours de la difficulté à faire face aux transitions. Dès son entrée à l'école intermédiaire, la mère de Jacob rencontre une résistance réactionnelle semblable de la part du directeur qui consiste à attendre qu'un problème surgisse avant de prendre des mesures quelconques. Il continue à avoir un épisode agressif après l'autre. À l'âge de 12 ans, Jacob est suspendu de l'école en novembre. Une équipe travaille à la planification visant à permettre sa réintégration à l'école dans un programme d'une demi-journée. La mère remarque que Jacob va beaucoup mieux durant l'été; le stress engendré par l'école accroît ses troubles de comportement.

À l'instar de bien d'autres enfants ayant des besoins complexes, le comportement agressif de Jacob lui a également valu d'avoir des démêlés avec la justice. Dès la maternelle, la mère de Jacob remarque que son fils a un comportement d'agression physique. Lorsqu'il était enfant, Jacob a également eu des épisodes de pyromanie. Jacob présente des comportements très agressifs, que l'on note comme ayant peu d'éléments déclencheurs particuliers, mais qui surviennent en raison d'une réaction négative directe et d'une surstimulation émotive et qui connaissent un déclin subséquent par la suite. On remarque également qu'il maîtrise moins bien son agressivité lors des modifications apportées à son régime de pharmacothérapie. Ce type de comportement s'aggrave au fil des ans. Ainsi, en 2005, il assaille sa mère en menaçant de la tuer tout en la maintenant à la pointe d'un couteau; en 2006, il attaque son frère et son père de famille d'accueil et atteint le point culminant en agressant brutalement sa mère de famille d'accueil dont l'issue aurait pu être fatale si sa fille ne l'avait pas repoussé avec une chaise. Depuis ces incidents, des précautions sont prises lorsque le régime de médicaments de Jacob subit des modifications. Jacob suit deux fois le programme de mesures de rechange. Il est accusé d'agression envers son père de famille d'accueil et passe quatre mois au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB).

Il y a lieu de se demander dans quelle mesure les modifications apportées à sa structure de soutien et à l'endroit qu'il considère comme son domicile peuvent avoir également eu une incidence sur le comportement et la maladie de Jacob. Jacob est âgé de six ans lorsqu'il a affaire aux services sociaux pour la première fois, et il est examiné au IWK, à Halifax, à l'âge de neuf ans. À l'âge de 12 ans, il passe un mois au Centre Pierre-Caissie, où il subit des tests et des évaluations approfondis. Jacob a vécu dans plusieurs familles d'accueil pendant une durée variable depuis 2001, qui correspond à l'année où il a été retiré de sa maison familiale, en raison de la crainte de sa mère pour la sécurité de ses cinq autres enfants. La dernière fois que Jacob a été chez lui, il a manifesté de la violence dans la soirée et, lorsque la famille a communiqué avec un préposé de SFC, ce dernier leur a dit d'appeler la police. Jacob a dû monter dans la voiture de police et être conduit à l'hôpital; il est par la suite transféré temporairement à une résidence pour jeunes de Fredericton. Il est ensuite placé dans une autre famille d'accueil, où il agresse son père de famille d'accueil. On a depuis tenté de le réintégrer au sein de sa famille, mais son agressivité a empêché son retour.

Après un séjour dans un établissement correctionnel pour les jeunes, Jacob est transféré à un centre de crise de Fredericton, où il est le seul résident dans un foyer et où le personnel est qualifié, mais ce scénario n'est pas viable financièrement pour le gouvernement. Selon l'évaluation précise de SFC, Jacob ne pourra jamais vivre de façon indépendante; il a été déterminé qu'en raison des risques pour la sécurité que pose son comportement agressif il ne demeurera ni dans sa maison familiale, ni dans une famille d'accueil, mais plutôt dans un établissement résidentiel de traitement.

Sa mère a été particulièrement troublée par le manque de services dans la province pour son fils quand il était âgé de 16 à 19 ans, période pendant laquelle il ne semblait pas y avoir à l'origine de services qui répondaient aux besoins de son fils. Il n'était pas admissible aux programmes destinés aux élèves à besoins spéciaux; son cas était plutôt

considéré comme un cas de protection de l'enfance même s'il ne satisfaisait pas aux exigences. À ce stade, le Bureau de l'ombudsman s'est intéressé à cette affaire et les options de traitement en résidence à l'extérieur de la province ont été considérées. Jacob a finalement pu être admissible au placement au centre de traitement Spurwink, au Maine, qui a pu répondre à ses besoins en matière de soins individualisés sécuritaires en établissement.

* * *

Il est regrettable que, dans notre hâte à sortir les gens des institutions et à fermer l'école de formation et dans nos efforts pour intégrer tous les enfants à besoins spéciaux dans cette province dans la population, soit la fameuse politique « aucun enfant ne sera laissé pour compte », nous soyons allés jusqu'à démanteler un si grand nombre d'options de prestation de services qui existaient auparavant. On reconnaît volontiers que la vaste majorité des jeunes personnes qui ont reçu des soins de santé, des services éducatifs ou des services sociaux dans un milieu institutionnel au cours des années 1950, 1960 et 1970 auraient pu tirer avantage de politiques et de traitements moins ségrégationnistes. Il est également vrai que nous récoltons seulement maintenant les fruits des approches de désinstitutionnalisation et de la mise en œuvre de l'inclusion scolaire élaborée au cours des années 1980 et 1990. Toutefois, la présente enquête nous a convaincus plus que jamais que le balancier a atteint un extrême et que les besoins variés de nos divers jeunes exigent plus qu'une approche du tout ou rien, plus qu'une même approche pour tous. Les soutiens familiaux, les placements résidentiels des membres de la famille étendue, les placements en foyers de groupe communautaires et en familles d'accueil, les approches de l'inclusion scolaire et l'hospitalisation uniquement pour répondre aux besoins de soins de courte durée des jeunes patients en santé mentale constituent des approches privilégiées dans tous les cas, mais elles ne sont pas suffisantes pour répondre à tous les besoins des deux groupes de jeunes. Les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, en particulier, doivent avoir accès à un plus grand nombre d'options. Les jeunes à risque ont également besoin d'un filet de sécurité sociale plus large afin de répondre à leurs besoins en matière de logement, de programmes sociaux et de développement. Nous avons clairement besoin de plus de ressources pour les options résidentielles destinées aux jeunes ayant des besoins haut de gamme, mais en appuyant les collectivités et les familles, nous pouvons réduire les pressions pour de telles options résidentielles ainsi que pour les demandes aux fins de services hospitaliers et correctionnels auxquels il est actuellement possible d'accéder en l'absence de telles solutions de rechange.

14. Un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes

Gabriel, William et Jacob reçoivent tous les trois d'excellents services dans un établissement communautaire intégré qui leur permet de réaliser des progrès considérables dans leurs plans de traitement respectifs. Chacun d'eux est placé dans un foyer en milieu résidentiel urbain ou rural qui comporte un service de soins rotationnel et où ils sont les seuls résidents du foyer. Grâce au centre de traitement Spurwink, ils ont

accès à des écoles spécialisées, à des programmes de travaux communautaires et à des services psychologiques, psychiatriques, médicaux, dentaires et ergothérapeutiques qui sont tous intégrés et coordonnés par les directeurs de programmes responsables des soins qui leur sont prodigués. Étant donné que Spurwink est un centre de traitement établi dans la région de Portland, au Maine, et qu'il détient près de 50 années d'expérience dans la prestation des services à des patients en santé mentale, les services communautaires connaissent bien les besoins de tels jeunes. Attendu que la plupart des programmes résidentiels des établissements sont appliqués dans les foyers de la région de Portland, il existe une masse critique de besoins dans cette collectivité pour appuyer l'établissement de services professionnels spécialisés.

Dans une province de la taille du Nouveau-Brunswick, il est impossible d'offrir des services éducatifs, sanitaires et sociaux spécialisés à toutes les collectivités de la province. Je recommande l'établissement d'un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Ce centre d'excellence pourrait être situé dans une collectivité du Nouveau-Brunswick et mandaté pour recruter et retenir les services d'experts en psychiatrie pour enfants et adolescents, en psychologie du développement, en audiologie, en orthophonie et d'autres services de soutien en matière de bien-être à l'enfance. Bien qu'il soit important que tout centre provincial d'excellence dans cette région soit accessible géographiquement et que les services soient offerts aux résidents du Nouveau-Brunswick dans les deux langues officielles, les propositions relatives à sa localisation doivent émaner des collectivités intéressées elles-mêmes et le choix final doit être fait en fonction de leur capacité d'intégrer les services pour les jeunes dans une vaste gamme d'interventions communautaires.

Je me suis prononcé publiquement, au cours des dernières semaines, sur le besoin de respecter nos obligations légales internationales et de garder les populations de jeunes en milieu correctionnel à l'écart des populations d'adultes. La construction d'un centre correctionnel à Moncton est une option qui vaut la peine d'être explorée et que je poursuivrai davantage dans mon rapport sur les services correctionnels pour jeunes offerts dans la province à Ashley Smith. Le centre d'excellence pour les jeunes à besoins complexes, peu importe où il sera situé, devra collaborer étroitement avec le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick et, bien que les deux installations puissent bénéficier d'être toutes deux situées dans une même collectivité, il importe qu'elles soient situées à une distance raisonnable l'une de l'autre, afin d'éviter que réunir inutilement les populations de jeunes contrevenants et de jeunes ayant des besoins complexes. Bien que le Centre d'excellence puisse offrir des services aux jeunes ayant des besoins spéciaux à partir d'une institution spécialisée, il est primordial que les jeunes en question résident dans la communauté afin de respecter leurs droits selon la Convention de l'Organisation des Nations Unies : « Protection et la promotion des droits et de la dignité des handicapés ».

15. Un centre provincial d'excellence pour les jeunes à risque

Les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes représentent le sommet de la pyramide des besoins des jeunes dans la province. Il existe relativement peu de cas aussi difficiles que ceux des jeunes dont le profil a été établi dans le présent rapport; toutefois, la prestation de services dans des cas extrêmement complexes s'avérera nécessairement une entreprise coûteuse. Bien que de tels cas surviendront encore à l'occasion, les consultations menées auprès des centres communautaires pour l'autisme, des fonctionnaires ministériels et des parents consultés m'ont convaincu que l'incidence de ces cas peut être réduite en mettant l'accent sur des interventions précoces et plus efficaces.

Il existe aussi un très grand nombre de jeunes à risque dans la province qui risquent d'aggraver leurs problèmes de santé mentale, de se faire mal ou de faire mal aux autres, d'être dépendants des drogues, de commettre une infraction criminelle, de décrocher ou de vivre dans la rue. Les jeunes compris dans cette catégorie peuvent être nettement plus autonomes et avoir de meilleures capacités d'adaptation et des besoins moins pointus que les jeunes qui ont des besoins extrêmement complexes. Cependant, le fait d'avoir des soutiens appropriés en place pour cet autre large segment de jeunes dans le besoin constitue l'un des aspects du plan requis pour prévenir une escalade de problèmes dans les cas individuels et une augmentation du nombre de cas de jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Les interventions réalisées à ce niveau peuvent coûter moins cher et pourraient profiter à davantage de familles dans la province.

C'est pourquoi je recommande également l'établissement d'un centre provincial d'excellence distinct pour les jeunes à risque. Ce centre devra également être créé conjointement grâce à un partenariat de collaboration composé d'organismes communautaires, dans une localité donnée au sein de la province, et il sera mandaté pour développer et diriger des approches innovatrices ainsi que des pratiques exemplaires dans le domaine des services de bien-être à la jeunesse.

16. Soutien du rôle des maisons de transition pour jeunes

Il existe actuellement un certain nombre de maisons de transition pour jeunes dans la province qui offrent un placement résidentiel dans un milieu différent aux jeunes qui ont quitté la maison familiale, mais qui éprouvent toujours de la difficulté à vivre de façon indépendante. Ces organismes aident les jeunes, qui choisissent librement d'y demeurer, à s'adapter à vivre de façon indépendante, à terminer leurs études, à établir et à atteindre des objectifs en matière d'emploi, à acquérir des aptitudes sociales et des connaissances pratiques élémentaires. On trouve actuellement une maison de transition pour jeunes filles, à Fredericton, qui s'appelle la Maison Chrysalis (Chrysalis House), un établissement mixte, à Miramichi (Miramichi Youth House) et une à Saint John (First Steps Housing), où des jeunes filles qui ont un bébé ou qui sont enceintes peuvent recevoir les services susmentionnés jusqu'à ce que l'enfant ait un an. Les trois maisons sont dirigées par des conseils d'administration constitués de bénévoles et ont fait face à des problèmes chroniques en matière de viabilité depuis leur ouverture, c'est-à-dire

depuis environ 10 ans. Étant donné que ces maisons ne sont pas des foyers de soins spéciaux ou des foyers de soins approuvés qui détiennent un permis ou qui sont reconnus par le ministère des Services familiaux et communautaires, elles ne reçoivent aucun financement permanent de la part de la province, et la circulation des renseignements entre SFC et le personnel de ces établissements est dans bien des cas mauvaise.

En revanche, chacun des établissements situé à Saint John, à Fredericton et à Miramichi a reçu, année après année, un financement important de la part du gouvernement, et ils sont souvent demeurés ouverts en raison d'énormes pressions exercées par le public et d'un renflouement financier, à l'occasion. Je recommande que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en place un programme permettant de garantir un financement de base stable aux maisons de transition pour jeunes et d'aider les organismes communautaires ailleurs dans la province à l'échelle régionale pour implanter des maisons similaires, afin de répondre aux besoins en matière de logement des jeunes gens qui, autrement, pourraient vivre dans la rue. De même, il est recommandé que les maisons de transition pour jeunes bénéficient d'une aide pour recruter et embaucher un personnel spécialisé pour répondre aux besoins de leurs patients, que le personnel au sein de ces maisons soit compris dans le cercle des soins aux jeunes y étant placés et que la circulation de l'information à partir de dossiers publics qui peuvent aider à prodiguer des soins à ces jeunes soit facilitée au mieux des intérêts de l'enfant.

17. Un groupe de maisons de transition pour jeunes ayant des besoins extrêmement complexes

La plupart des jeunes dont le portrait a été brossé dans le présent rapport ne pourraient pas se développer dans une maison de transition; ils ne seraient pas suffisamment autonomes pour y être placés et ils risqueraient de se faire mal ou de faire mal aux autres. En fait, dans bon nombre de ces cas, nous avons dû procéder à un placement individualisé qui comporte un service de soins rotationnel, et ce, tous les jours, 24 heures sur 24, dans le but d'intégrer ces jeunes à un type quelconque de placement familial. Pour l'instant, ces types de placements ont été élaborés à l'extérieur de la province, à Spurwink, où les placements supervisés peuvent être organisés avec une équipe d'intervention clinique très expérimentée. Malgré les placements plus stables à long terme qui avaient été organisés, le manque d'établissements adéquats visant à fournir des soins aux jeunes ayant des besoins complexes constitue l'un des problèmes qui ressort dans tous les cas examinés. Le Centre hospitalier Restigouche ne convenait pas à Jasmine, le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick (CJNB) ne convenait pas à Gabriel, Centracare ne convenait pas à William et le centre de crise de la rue Albert à Fredericton ne convenait pas non plus à Jacob, même s'ils ont tous dû rester dans ces établissements durant des mois ou des années pendant que des placements plus appropriés étaient envisagés.

Il est recommandé que la communauté choisie comme étant le centre provincial d'excellence, pour les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, dispose d'un nombre approprié de résidences qui puissent être mises à la disposition de ces enfants et jeunes à titre de modèles de foyers de soins spéciaux à emploi rotationnel et qu'un groupe de foyers de ce type soit développé et réparti à travers la communauté où le

centre est situé pour fournir un logement et un abri pouvant accueillir jusqu'à huit jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, de manière transitoire. Les unités doivent être toutes indépendantes l'une de l'autre et permettre un effectif dans une proportion de deux pour un, et elles doivent être dotées en permanence par des soignants qualifiés. Dans un foyer géré par un personnel, les quarts de rotation des fournisseurs de soins permettent de fournir des soins continus aux résidents sur une base un à un ou deux à un, 24 heures sur 24, 7 jours par semaine.

18. Modèle du centre d'études de la rue Woods de la Nouvelle-Écosse

À la suite de la tragédie examinée par la commission d'enquête Nunn[6], le gouvernement de la Nouvelle-Écosse a récemment passé en revue et amélioré son modèle de prestation de services par le truchement d'un établissement de garde sûr et spécialisé pour les jeunes à risque situé aux abords de la ville de Truro, en Nouvelle-Écosse. Mes enquêteurs ont eu l'occasion de visiter ce centre, le printemps dernier, et de discuter de sa mission et de son approche quant à la façon dont il faut s'occuper des jeunes à risque. Le centre est mandaté pour fournir une résidence de garde sûre aux jeunes qui risquent de se faire mal ou de faire mal aux autres, mais qui n'ont pas de casier judiciaire pour jeune contrevenant. Les jeunes peuvent y être placés sur une base non volontaire sur ordre du directeur pour une évaluation d'une durée de 5 jours au cours de laquelle une ordonnance de la cour doit être obtenue pour poursuivre le placement. Le placement peut être confirmé par ordonnance judiciaire pour une période de 30 jours ou subséquemment pour une période de 90 jours, qui peut être renouvelée dans des cas exceptionnels. Le centre loge des jeunes garçons et des jeunes filles et offre sur place des services psychologiques ainsi que des services psychiatriques, médicaux et dentaires sur une base régulière. Le centre a pour objectif de fournir aux jeunes à risque un milieu sécuritaire où ils peuvent se recentrer et se préparer à retourner chez eux ou dans une nouvelle famille d'accueil ou à être placé dans une résidence. Lorsque le centre a ouvert ses portes, le personnel était composé de travailleurs sociaux et, de gardiens mais, avec le temps, les gardiens ont céder la place à un service de soins plus stimulant. J'ai de grandes réserves à propos de la nécessité de légiférer en matière de placement involontaire d'enfants ou de jeunes dans un établissement de garde fermée en raison de la simple appréhension du risque que ces jeunes se feront du mal ou en feront aux autres, et ce, quelle qu'en soit la gravité. Toutefois, si les mesures de rechange proposées dans ces recommandations ne règlent pas les problèmes qui se sont posés au cours de la présente enquête, le modèle de la Nouvelle-Écosse pourrait mériter une étude plus approfondie.

---

[6] Le rapport de la commission d'enquête, en date du 5 décembre 2006, « *Spiralling Out of Control : Lessons Learned from a Boy in Trouble* », de D. Merlin Nunn, commissaire, http://www.nunncommission.ca/home/index.cfm, portait sur un incident au cours duquel une femme de la Nouvelle-Écosse est décédée dans un accident d'automobile mortel qui mettait en cause un garçon qui avait été remis en liberté deux jours plus tôt d'un centre de détention.

19. Personnel qualifié et compétent pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes

La première ligne de soins pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes au Nouveau-Brunswick ne relève pas des enseignants, ni des infirmières, ni des travailleurs sociaux individuels ni même des parents. Dans les cas de besoins extrêmes, la première ligne est composée des parents d'accueil et des soignants qui sont de service dans les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes et, parfois, dans les foyers de soins spéciaux dans l'ensemble de la province. Toutes les mesures recommandées dans le présent rapport resteront lettre morte si le gouvernement provincial n'investit pas massivement dans les nouveaux programmes de formation et dans les possibilités de perfectionnement professionnel pour ces travailleurs et ces bénévoles. Voici ce qui ressort des examens des cas individuels réalisés au cours de la présente enquête : les travailleuses et travailleurs de première ligne peuvent changer considérablement les choses en aidant un enfant ou un jeune à gérer sa prise de médicaments, en atténuant une crise, en faisant appel aux services de professionnels. Ils peuvent faire la différence si ils savent quand et comment recourir aux contentions physiques et quand et avec qui il ne faut pas y recourir, s'ils savent comment établir des limites et comment être un modèle de la conduite souhaitée et s'ils savent comment écouter et comment soutenir un enfant ou un jeune dans le besoin. En revanche, les résultats peuvent être très négatifs si l'on adopte la mauvaise approche avec les enfants atteints de maladie mentale.[7]

Les ententes contractuelles conclues avec les employés doivent être passées en revue étant donné que les employés dont le statut d'emploi est précaire ont tendance à quitter leurs postes pour aller dans des milieux de travail stables où ils peuvent se trouver un emploi permanent. Je mets en doute le fait que le Nouveau-Brunswick manque de potentiel pour développer un effectif solide possédant l'expertise nécessaire pour s'occuper de ces jeunes. En fait, nous avons été surpris d'apprendre que le Nouveau-Brunswick constitue l'une des principales régions où le centre de traitement Spurwink recrute son personnel. Les responsables du centre nous ont assurés qu'ils n'avaient jamais éprouvé de la difficulté à trouver des employés sérieux et compétents au Nouveau-Brunswick.

Je recommande que le gouvernement provincial investisse de façon importante dans l'amélioration de la formation, dans le soutien clinique et dans des salaires plus avantageux pour le personnel des foyers de groupe qui possède des compétences manifestes.

20. Un cadre clinique à titre de premier répondant

Un solide cadre clinique doit être mis en place pour aider lorsqu'une crise survient. Il arrive trop souvent qu'un membre du personnel appelle la police, généralement les soirs

---

[7] GREENE, Ross W. et coll. « A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach », *Journal of Psychosomatic Research*, vol. 55 (2003), p. 67-75.

de semaine ou les fins de semaine, parce qu'il ne sait pas comment atténuer une crise, et il ne reçoit aucune aide de la part des surveillants en disponibilité. La gestion du comportement et l'établissement des limites et des règlements de la maison ou du foyer sont importants, mais l'accent doit être mis sur le soutien adéquat des jeunes sur le plan émotionnel. Nous devons favoriser une approche tolérante, qui manifeste l'appui et l'acceptation pour la prestation des services dans l'ensemble du système.

21. Amélioration du financement pour l'initiative sur l'autisme et pour les centres communautaires pour les autistes

Les centres communautaires pour les autistes, dont le gouvernement provincial a permis l'établissement récemment dans les villes de l'ensemble de la province, constituent également une première ligne de soutien essentielle. Compte tenu de l'incidence des services d'approche fournis par ces organismes, il faudrait faire davantage pour les soutenir. Leur rôle pourrait, en même temps, être élargi afin de couvrir un éventail plus vaste de comportements et de troubles chez les enfants nécessitant des interventions communautaires. Cela ne peut se faire cependant au détriment d'autres aspects de l'initiative sur l'autisme, qui est déjà gravement sous-financée, en raison de la forte demande pour des services d'intervention précoce[8]. Au début de l'automne dernier, les représentants ministériels prévoyaient déjà un manque à combler de 60 % ou de 2,5 millions de dollars dans ce programme cette année. Il est recommandé que le gouvernement renouvelle son investissement dans la stratégie d'intervention pour les autistes d'une manière qui cadre avec les besoins définis et que la proportion du financement allouée au soutien des centres communautaires pour l'autisme dans la province soit augmentée et que leur rôle soit élargi[9]. Le gouvernement doit chercher à obtenir de l'aide de la part du gouvernement du Canada pour partager les coûts de sa stratégie à cet égard, comme le recommande le récent rapport du Sénat sur les familles d'enfants autistes en crise[10].

---

[8] Notre objectif ne doit pas consister à offrir une thérapie ABA à tous les parents d'enfants autistes qui en font la demande, mais plutôt à disposer d'une gamme de programmes d'intervention communautaires qui s'adaptent aux différents besoins qui existent dans la collectivité. Certains experts ont fait une mise en garde concernant les parents qui considèrent la thérapie ABA ou ICI comme une panacée : SCHOEN, Alexis A. « What Potential Does the Applied Behavioural Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism? », *Journal of Instructional Psychology*, vol. 30, n° 2 (2003).

[9] En ce qui a trait à la croissance des besoins, les recherches ont montré que les écoles américaines signalaient une augmentation de 800 % du taux de diagnostic de l'autisme entre 1992 et 2005 : STAHMER, A. C., N. M. COLLINGS et L. A. PALINKAS. « Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers », *Focus On Autism And Other Developmental Disabilities*, vol. 20, n° 2, (été 2005), p. 66-79; un récent symposium organisé par la Banque mondiale signalait, pour sa part, que chaque intervention précoce constituait un projet d'investissement critique relativement aux efforts de planification sociale en réponse à ces besoins : MUSTARD, J. F. *Early Child Development and Experience-based Brain Development – The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World*, Institut canadien de recherches avancées, février 2006.

[10] SÉNAT DU CANADA, « *Rapport final sur : L'interpellation au sujet du financement pour le traitement de l'autisme : Payer maintenant ou payer plus tard – Les familles d'enfants autistes en crise* », comité permanent des Affaires sociales, sciences et technologie, l'honorable Art Eggleton, président (mars 2007).

Les recherches démontrent que les parents sont les meilleurs interventionnistes du comportement et les plus naturels, et que les enfants et les parents peuvent bénéficier d'une formation parentale pour le traitement des troubles du spectre autistique[11]. Il est donc également recommandé que le gouvernement envisage la réaffectation de son investissement dans des programmes de formation vers des composants plus généraux ou de formation en ligne pour aider les parents, les soignants, les travailleurs sur le terrain, les infirmières, les enseignants et les aides-enseignants, plutôt que de simplement former davantage de travailleurs de soutien aux autistes.

22. Continuité des soins

L'un des objectifs des services vers lequel nous devons commencer à nous orienter, soit les services sociaux, les services de santé et également les services éducatifs offerts aux jeunes à risque et aux enfants et aux jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, consiste à maintenir la continuité des soins dans la mesure du possible. La plupart des cas étudiés dans le cadre de la présente enquête révèlent le niveau de difficulté pour ces jeunes à faire face aux transitions et à s'adapter aux changements. Qu'il s'agisse de changements dans leur milieu familial, à l'école, chez leurs fournisseurs de soins ou dans leurs médicaments, toutes ces transitions présentent des défis importants, et beaucoup plus que pour un élève moyen ou un élève moyen ayant des besoins spéciaux. Au-delà de ces défis qui visent à gérer les transitions, notre enquête semble indiquer que l'établissement, l'entretien et la modélisation de relations durables constituent les éléments les plus susceptibles d'aboutir à des résultats positifs avec ces jeunes. L'établissement et le maintien de relations avec les jeunes, entre les jeunes et leurs familles, entre les jeunes et leurs pairs, et entre les jeunes et les professionnels en santé mentale de leur collectivité est un élément essentiel de la réussite des plans d'intervention. Lorsque mes enquêteurs ont visité le centre de traitement Spurwink, ils ont pu constater que cette approche était utilisée dans tous les services offerts aux résidents. Les responsables du centre nous ont rappelé à plusieurs reprises que, selon eux, les relations permettent aux gens de s'épanouir. Gabriel, William et Jacob sont actuellement en train de s'épanouir.

Si nous décidons de faire des enfants et des jeunes une priorité dans la province et que nous fournissons l'orientation politique nécessaire à cette fin, si nous coordonnons et intégrons nos efforts pour soutenir les enfants et les jeunes, et si nous créons des modèles résidentiels communautaires qui disposent du personnel nécessaire et qui sont soutenus sur le plan clinique, nous aurons fait beaucoup de progrès. Ces investissements rapporteront également des dividendes qui se traduiront par une réduction de la demande pour nos tribunaux, nos services correctionnels pour les jeunes et nos services de traitement aigus en santé mentale (tels qu'ils sont). Toutefois, ces résultats ne devraient pas être une conséquence heureuse de nos efforts; le gouvernement doit en faire sa

---

[11] STATHOPULU E.,ZWI M., YORK A. « Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol) », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. n° : CD004255. DOI:10.1002/14651858.CD004255 (2003).

priorité dans l'intérêt public afin d'offrir la continuité des soins et de promouvoir l'établissement de relations stables auprès des jeunes qui souffrent de troubles mentaux.

Chapitre 4 – Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale : *L'histoire de Nicholas*

À la lecture des chapitres précédents, il est évident que l'intégration des services et les établissements de soins communautaires sont proposés comme des solutions de rechange aux prisons. Malheureusement, bien souvent, le CJNB demeure la seule solution résidentielle sécuritaire actuellement mise à la disposition des jeunes ayant des besoins complexes dans cette province. Bien sûr, il faut avoir été condamné pour y être placé. Souvent, comme dans bien des cas qui ont été présentés jusqu'à présent, quand ces jeunes deviennent grands et suffisamment forts, ce n'est qu'une question de temps avant qu'ils fassent l'objet d'une accusation au criminel. Ce n'est pas que ces jeunes enfants et adolescents souffrant de troubles de santé mentale sont destinés à sombrer dans la criminalité. Le plus souvent, ils ont besoin qu'on les empêche de se faire du mal à eux-mêmes ou aux autres pour des raisons que ni nous ni eux ne comprenons facilement. Hélas, au Nouveau-Brunswick, à l'heure actuelle, la prison locale demeure souvent le seul placement disponible.

Au cours de l'enquête, je n'ai rencontré personne qui n'ait pu nier cette triste réalité. Les enquêteurs n'ont trouvé aucun adepte du *statu quo*. Certains parents n'arrivent pas à croire qu'il faille attendre et voir leur enfant commettre un crime pour obtenir des services auprès du CJNB, ils admettent pourtant l'avoir fait. Les agents de la sécurité publique sont les premiers à admettre qu'ils ne sont pas des infirmières ou des infirmiers psychiatriques et qu'ils sont mal préparés pour offrir des services de santé mentale, mais ils reconnaissent avoir le devoir de fournir, au mieux de leurs moyens, ces services aux jeunes dont la garde leur est confiée par le système judiciaire pénal pour jeunes. Les juges répètent depuis des années que la place de ces enfants n'est pas dans les prisons, mais ils ne cessent de les y envoyer, car, lorsqu'ils doivent trancher un cas en particulier, ils n'ont pas d'autres solutions.

En tant que Défenseur des enfants et de la jeunesse, j'hésite à accorder plus d'importance à une recommandation qu'à une autre dans ce rapport. Selon moi, bon nombre des solutions proposées sont des éléments cruciaux d'un plan destiné à permettre au gouvernement provincial d'aller de l'avant dans son projet, soit de s'assurer que le bien-être des enfants passe avant tout. Cependant, comme point de départ, il serait opportun de fixer une limite et d'affirmer que nous allons arrêter de laisser le système judiciaire pénal être la solution provisoire pour nos manquements dans le domaine des services de santé mentale s'adressant aux enfants et à la jeunesse. La raison de cette mise en évidence est bien entendu l'ampleur de notre erreur, qui a permis à la situation actuelle de se poursuivre pendant tout ce temps. Ce n'est pas simplement une question de concevoir des solutions de santé mentale pour les patients en santé mentale, car, en toute honnêteté, cela est plus logique que de les traiter comme des criminels. Le problème, c'est que, lorsque nous faisons du système judiciaire pénal pour jeunes notre solution par défaut pour les enfants qui ont des besoins complexes, nous mettons délibérément les

jeunes enfants vulnérables en danger. L'approche est si fondamentalement contraire aux valeurs que le Canadien moyen serait stupéfait d'apprendre que cela arrive aussi couramment. Les risques que courent les enfants et les jeunes tels que Jasmine, Gabriel, William et Jacob sont très réels. L'histoire de Nicholas démontre très bien cette réalité.

L'histoire de Nicholas

> **« J'ai été témoin du phénomène que j'appelle la 'criminalisation' des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Bien que les causes de cette circonstance tragique soient nombreuses et complexes, nous avons, en tant que citoyens et dirigeants en matière de politiques, la responsabilité de comprendre les raisons de la criminalisation et ses conséquences tragiques. Nous avons le devoir de rectifier une situation qu'aucune société civilisée ne devrait tolérer. » [traduction]**
>
> **Harold E. Shabo, juge en chef, services de la santé mentale, Cour supérieure de la Californie, Los Angeles County, Californie, novembre 2001**

Nicholas est le deuxième d'une famille de quatre enfants. On l'a diagnostiqué avec le syndrome d'Asperger à un jeune âge. Le syndrome d'Asperger est défini comme suit :

> Les personnes touchées par le syndrome d'Asperger peuvent montrer une série de traits distinctifs et le trouble peut varier entre un état léger et grave. Ces personnes présentent des déficiences notoires en aptitudes sociales, ont des problèmes avec les transitions ou les changements et préfèrent la prévisibilité. Elles peuvent avoir des routines obsessives et être préoccupées par un sujet d'intérêt particulier. Elles ont beaucoup de difficulté à déchiffrer les indices non verbaux (langage corporel) et à établir le bon espace corporel. Elles sont souvent très sensibles aux bruits, aux goûts, aux odeurs et aux images. Elles peuvent préférer des vêtements doux et certains aliments et peuvent être agacées par des sons ou des lumières que personne d'autre ne semble entendre ou voir. Il ne faut pas oublier que la personne souffrant du syndrome d'Asperger perçoit le monde très différemment. Par conséquent, bien des comportements qui semblent étranges ou bizarres sont attribuables à ces différences neurologiques et ne sont pas le résultat d'une violence intentionnelle ou d'un mauvais comportement, et surtout pas d'un mauvais « parentage ».
>
> Par définition, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger ont un quotient intellectuel normal et bien des personnes (quoique pas toutes) font montre d'aptitude ou de talent exceptionnels dans un domaine bien précis. En raison de leur niveau élevé de fonctionnalité et de leur naïveté, les personnes atteintes du syndrome d'Asperger sont souvent perçues comme étant excentriques ou étranges et peuvent facilement devenir victimes de taquineries et d'intimidation. » (OASIS)

Comme bien des enfants souffrant du syndrome d'Asperger, Nicholas était toujours très actif et dormait rarement plus de deux heures à la fois. Selon sa mère, cela a été une tâche éprouvante que de l'élever. À 3 ans, sa mère consulte son médecin de famille, car elle a le sentiment que quelque chose ne tourne pas rond. On lui dit de ne pas s'inquiéter, que cela partira avec l'âge. Elle remarque que Nicholas saute, grimpe et bouge constamment. Une

fois, il se fracture le bras à cause de sa turbulence et manifeste un seuil élevé à la douleur. Vers l'âge de 8 ans, Nicholas a l'habitude de s'arracher les cheveux, les dents et les ongles sans sentir de douleur apparente. Dès son jeune âge, il est fasciné par la nourriture. Toutefois, les médicaments qu'il prend au cours des années suivantes pour soigner certains comportements associés à son trouble entraînent une prise de poids importante. Jusqu'à tout récemment, Nicholas pesait près de 400 livres, ce qui ajoutait une difficulté en plus à résoudre.

Il est très évident dès son jeune âge que Nicholas a des problèmes lorsqu'il s'agit de surstimulation. Il peut rapidement devenir agressif si trop d'activités ont lieu autour de lui. Il peut réagir fortement à des gens qu'il croit parler fort quand ils ne le font pas. Il supporte très mal les étiquettes sur ses vêtements. Il a une fixation sur l'hymne national « Ô Canada » et veut le chanter à tout moment de la journée ou de la nuit. Il mémorise les numéros de l'annuaire téléphonique et des plaques d'immatriculation, particulièrement ceux des voitures de police et des camions d'incendie. Il est obsédé par les détails concernant les machines et les inventions ainsi que certains mots comme « Rubbermaid ». Il excelle dans la lecture et l'écriture. Les spécialistes recommandent une approche particulière pour Nicholas : une routine prévisible, un endroit tranquille où se détendre en cas de surstimulation (sorties discrètes), des pauses pendant la journée afin de se détendre et avoir plus de maîtrise, la récapitulation des lignes de conduite et des attentes avant de passer à une nouvelle activité, car il ne peut pas très bien composer avec les changements soudains.

Nicholas a sept ans et demi lorsque ses parents commencent à demander de l'aide des Services familiaux et communautaires. Cela marque le début d'une longue série de contacts avec les rouages du système. On envoie Nicholas subir une évaluation au Centre Pierre-Caissie à Moncton, un établissement provincial de six lits. L'évaluation est menée au cours d'une période de trois jours où on recommande à l'équipe locale de la santé mentale de se mettre en contact avec Nicholas et sa famille. Selon l'évaluation : …c'est un enfant qui fait des crises de colère depuis longtemps, éprouve des difficultés et une sensibilité face au bruit … il est possible que les stimuli environnementaux provoquent et précipitent ses crises de colère.

Ses parents se rappellent le moment où Nicolas a commencé l'école; il subit des tactiques d'intimidation, surtout dans l'autobus scolaire. Il est la cible de taquineries et de tourments de la part des autres enfants. En revanche, il vocifère des menaces et des injures. De la 1re à la 3e année, il a des problèmes de comportement à l'école. Nicholas a un rendement scolaire supérieur aux autres et on doit l'occuper constamment, sinon il perturbe la classe. Il a de la difficulté à rester assis pendant les 50 minutes d'une période de classe.

Nicholas a une très grande capacité à apprendre. Par contre, son apprentissage social (frontières, différence entre ce qui est acceptable et ce qui ne l'est pas par exemple) lui est très difficile et lui attire souvent des ennuis. Dès la 8e année, son horaire scolaire est modifié. Au cours des années qui suivent, il ne réintègre jamais l'école habituelle et manque beaucoup de temps à l'école. Toute l'éducation qu'il reçoit par la suite est en

dehors du système scolaire habituel. Même si son intelligence est évaluée de moyenne à supérieure, à ce jour il n'a toujours pas terminé son école secondaire.

Dès les premières années, des spécialistes sont consultés et des diagnostics sont établis, du syndrome de Tourette au trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention, du trouble obsessif-compulsif au trouble oppositionnel avec provocation et au syndrome d'Asperger. Des médicaments lui sont prescrits en conséquence. Les parents indiquent être passés d'un spécialiste à l'autre, changeant ainsi de diagnostic et par conséquent de médicament. Confus, ils ne savent plus quels troubles de comportement il faut chercher chez leur fils et quels soins il faut lui fournir. Comme bien des parents d'enfants et de jeunes diagnostiqués avec une maladie mentale, les parents de Nicholas ont essayé de naviguer dans le système au mieux de leur possibilité. Au cours des premières années, comme tout parent, ils sont très ambivalents et, parfois, opposés au régime de médicaments imposé par les spécialistes que certains désignent comme camisoles de force chimiques. Les médicaments causent parfois des migraines et augmentent l'hyperactivité, l'agressivité et l'hypersensibilité de leur fils. Déjà, les spécialistes recommandent une approche multidisciplinaire pour Nicholas, c'est-à-dire des soins médicaux, une approche éducative, des soins de santé mentale et des services d'aide aux jeunes.

Malgré la participation de nombreux professionnels, malgré les évaluations et les recommandations des experts, le comportement de Nicholas continue de poser problème. Cela exerce énormément de pression sur ses parents et ses frères et sœurs. Les notes du dossier indiquent qu'il n'y avait aucune pénurie d'intervention professionnelle dans ce cas. À vrai dire, il y avait tant de professionnels concernés qu'il était parfois difficile d'établir des priorités à savoir quels services devaient être offerts en premier. Il semblait n'y avoir aucune approche coordonnée pour aider la famille. Lorsque les parents font connaître leur opposition à propos de l'ajout d'un autre service aux nombreux que leur fils reçoit déjà, on les qualifie de récalcitrants.

Une évaluation psychiatrique effectuée lorsque Nicholas avait 13 ans stipule : « La douceur est préférable à la colère pour travailler avec Nicholas. Je ne pense pas qu'il soit un enfant provocateur. J'estime que son manque d'adaptation est attribuable à son syndrome d'Asperger et non au fait qu'il soit un méchant garçon. » Malgré cette évaluation, Nicholas va d'un foyer de groupe à l'autre; il est fréquemment envoyé dans l'isolement cellulaire du détachement local de la GRC lorsque les interventions en situation de crise de la part du personnel du foyer de groupe ne réussissent pas.

Une nouvelle évaluation psychiatrique recommande qu'on le mette dans une petite classe, car il se laisse distraire facilement. Dans le dossier, on indique également que, lorsqu'il est à l'école, Nicholas aide les autres enfants en ce qui concerne la programmation informatique, car il est bon dans cette matière. Au cours des années, Nicholas affirme maintes fois qu'il aimerait se spécialiser dans la programmation informatique.

Lorsque Nicholas avait 14 ans, il y a des allégations voulant qu'il se soit exposé aux enfants. Les parents estiment qu'en signalant cet incident aux Services familiaux et communautaires, Nicholas recevrait les services dont il a besoin. À leur grande surprise,

on porte des accusations criminelles contre lui. Comme il a de jeunes frères et sœurs à la maison, Nicholas est pris en charge pas les soins de la protection de l'enfance. D'après ce que comprennent ses parents, ils sont confrontés à deux choix, soit ils acceptent un placement à l'extérieur de la maison pour Nicholas ou soit les Services familiaux et communautaires confieraient leurs trois autres enfants aux soins de la protection. C'est, d'après eux, le début du parcours de Nicholas dans le système, et ils remarquent dès lors des changements négatifs importants chez leur fils.

Dès le départ, les placements de Nicholas en foyer de groupe ou en foyer d'accueil ne vont pas bien. Son comportement est très conflictuel; il profère des menaces contre les autres et cause d'importants dégâts matériels. La police est appelée sur les lieux de nombreuses fois, surtout lorsque le personnel sent qu'il ne peut pas retenir Nicholas. En raison de sa taille de plus en plus imposante, les membres du personnel jugent que leur sécurité physique est compromise. Comme il a été diagnostiqué avec le syndrome d'Asperger, ses parents considèrent que ce dont il a besoin est une routine fixe et prévisible ainsi que de la stabilité dans ses conditions de logement. Le personnel au foyer de groupe change constamment, d'autres résidents arrivent et partent. Les approches utilisées par le personnel avec Nicholas sont inconséquentes et le niveau de bruit est élevé, ce qui déclenche souvent un comportement agressif. En outre, Nicholas n'a aucun endroit pour aller se calmer lorsqu'il sent son état émotionnel s'agiter. Conjugué au fait qu'il a de la difficulté à se maîtriser lorsqu'il se trouve dans une situation émotionnelle ou sociale éprouvante, ses placements sont, au mieux, difficiles.

Ses parents se rappellent avoir senti de la colère et de la déception, car ils espéraient que les professionnels pourraient répondre aux besoins de leur fils mieux qu'eux. Très souvent, le père de Nicholas est appelé au foyer de groupe pour maîtriser la dernière crise de Nicholas jusqu'à ce que celui-ci se calme. À ce jour, ils se demandent ce qui serait arrivé s'ils avaient maintenu la garde de leur fils sans l'intervention des services sociaux.

Entre juillet et novembre 2003, Nicholas accumule 16 accusations de voies de fait, de dégâts matériels et de manquement aux conditions rattachées à sa probation. À la lecture des notes provenant des lieux de placement, le lecteur est frappé par l'impuissance évidente ressentie par le personnel devant la situation de Nicholas. On n'a jamais donné suite aux recommandations formulées par certains professionnels au sujet de l'ergothérapie, de la formation en aptitudes sociales et de la gestion de la colère. Une des difficultés éprouvées pour prodiguer des services à Nicholas était le fait qu'on le déplaçait constamment d'un endroit à l'autre. Les thérapeutes et les plans d'intervention étaient constamment chambardés, mis en suspens ou interrompus à jamais à cause de ce va-et-vient.

Commencent alors pour Nicholas une série de placements dans les foyers de groupe des Services familiaux et communautaires, au foyer de ses parents, à l'Unité psychiatrique provinciale pour enfants et adolescents de l'Hôpital de Moncton et au CJNB (avec des déménagements fréquents même au sein du CJNB). Il est soumis au taser à deux reprises par la police. (Un fusil taser est utilisé par la police pour immobiliser un individu. Cette

arme relâche deux hameçons avec ardillon qui lancent des décharges électriques de plusieurs milliers de volts dans le corps.)

En septembre 2003, alors qu'il est âgé de 15 ans, on appelle le détachement de police local au cours d'une nuit durant laquelle il s'est mal conduit. On le met dans une cellule de détention provisoire pour la nuit, où le garde l'agresse sexuellement. Au cours des prochains mois, le même garde l'agresse sexuellement lorsqu'il retourne dans cette cellule. Nicholas a par la suite divulgué cette agression, et le garde a été inculpé. Le garde a plaidé coupable ultérieurement et a été condamné à une peine d'emprisonnement.

Dans les dossiers, la situation peut se résumer comme suit : Nicholas restait dans un foyer de groupe pendant quelques semaines, un conflit naissait alors entre lui et un autre résident (parfois en raison d'un incident aussi mineur que le fait que l'autre résident lui lance des insultes), Nicholas se fâchait, la situation empirait jusqu'à ce qu'il agresse l'autre résident et on appelait la police pour aider à le maîtriser. Souvent, les agents de police le plaçaient en garde à vue et il finissait par retourner au Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick. À son retour au foyer de groupe, il y avait de nouveaux résidents qui y habitaient. La situation était si chaotique que son comportement devenait progressivement plus difficile, à savoir une augmentation des agressions, d'autres accusations et un autre transfert au CJNB. Les membres du personnel écrivent qu'ils peuvent observer l'escalade chez Nicholas lorsque aucune intervention pertinente n'est mise en place. « Le fait de le réorienter lorsqu'il était en crise, comme l'envoyer dans sa chambre ou faire une promenade, fonctionnait parfois; néanmoins le vacarme, les bruits ou les disputes continus avec d'autres jeunes faisaient boule de neige et Nicholas finissait alors par avoir un épisode comportemental. » À la suite d'un tel épisode comportemental, il était généralement accusé et envoyé au CJNB. Les membres du personnel du CJNB ont documenté le fait qu'ils ne croient pas que la prison pour jeunes réponde adéquatement aux besoins de Nicholas, et que, réciproquement, les membres du personnel de cet endroit ne se sentent pas outillés pour faire face à un jeune qui souffre du syndrome d'Asperger. De décembre 2004 à décembre 2005, Nicholas est placé six fois. Compte tenu d'une instabilité aussi grande dans la vie de Nicholas et dans son lieu de résidence, il est facile de comprendre comment la continuité de son traitement a été difficile à maintenir.

Il est également important de noter le défi auquel faisait face le personnel des foyers de groupe et du CJNB. Nicholas mordait et agressait les membres du personnel et leur donnait des coups de pied. Il a causé des dommages matériels considérables en arrachant des portes et une toilette, en brisant des fenêtres et en faisant des trous dans les murs. Au fur et à mesure qu'il vieillissait, le défi devenait de plus en plus gigantesque en raison de l'augmentation spectaculaire de son poids et de sa force. Il est incontestable que les jeunes que nous avons rencontrés par l'intermédiaire de cet examen systémique présentent des défis importants pour les professionnels qui s'occupent d'eux. En fait, ils ont mis à l'épreuve tous les systèmes qui sont à leur disposition dans la province. Lorsqu'on examine les remarques au dossier et la correspondance échangée entre les membres du personnel du CJNB, il est manifeste que le personnel de première ligne exprime ses préoccupations au sujet du manque d'interventions réussies auprès de ce jeune.

Le 9 décembre 2003, Nicholas, 15 ans, comparaît devant la Cour provinciale, où le juge Henrik Tonning refuse de l'envoyer en prison. Il déclare que la cour criminelle n'est pas l'endroit qui convient aux jeunes qui présentent des troubles de comportement. Il est d'avis que la poursuite des déplacements d'un foyer de groupe à un autre sans s'attaquer aux causes des troubles du comportement crée une situation de « porte tournante ». Le juge Tonning déclare : « Vous l'avez mis dans un milieu inadéquat et il a réagi de la façon dont nous nous attendions qu'il réagisse. [...] Il est plutôt difficile d'évoquer la nature délictuelle de sa réaction. » [traduction][12]

J'appuie l'évaluation du tribunal. Malheureusement, le point n'a peut-être pas atteint Nicholas qui, à 15 ans, est escorté afin de subir une évaluation rendue sur ordonnance judiciaire en ayant des chaînes aux pieds. De récentes études menées par des spécialistes en protection de l'enfance au Canada décrient le taux élevé d'incarcération des jeunes Canadiens atteints de maladie mentale :

> Les établissements de garde pour jeunes renferment principalement des jeunes marginalisés, dont les Autochtones, les personnes démunies et les personnes handicapées. On estime que jusqu'à 75 % des enfants détenus présentent une forme quelconque d'incapacité. La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* ne comporte pas de dispositions qui traitent précisément de l'importance de répondre aux soins de santé spéciaux ou aux autres besoins des jeunes personnes en détention ou sous surveillance. [traduction][13]

D'autres juges du Nouveau-Brunswick se sont plaints plus récemment de la même situation : « Les prisons sont devenues *de facto* des institutions de santé mentale. [...] le gouvernement doit mettre davantage de ressources en place pour que les personnes atteintes de maladies mentales reçoivent les traitements nécessaires et qu'elles n'aient pas à recourir au système judiciaire. » [traduction][14]

À titre de société, il est honteux que nous nous souciions si peu de l'incidence et des résultats de notre approche en matière de services de santé mentale et de la façon dont nous traitons les personnes aux prises avec un handicap associé à la santé mentale. Nous devrions avoir doublement honte de traiter les enfants et les jeunes handicapés avec la même indifférence.

Lors d'une conférence de cas tenue le 14 décembre 2005 (Nicholas est alors âgé de 17 ans), les parents indiquent clairement que, selon eux, le retour à la maison de leur fils constitue la seule option envisageable étant donné que l'offre de service de SFC n'est possible que s'ils renoncent à leurs droits parentaux. Le personnel de SFC ne croit pas être en mesure d'offrir le niveau de service nécessaire pour que Nicholas puisse demeurer au sein de sa famille et de sa collectivité. Les parents ne sont pas prêts à renoncer à leurs droits parentaux et croient qu'il est déraisonnable qu'on leur demande de consentir à une

---

[12] Citation tirée du *Telegraph Journal* du 10 décembre 2003.
[13] *Children's Rights in Canada: A Question of Commitment*, 2007, p. 168.
[14] Citation du juge Irwin Lampert parue dans le *Moncton Times and Transcript* du 24 avril 2007.

ordonnance de tutelle permanente en faveur du ministre. Ils s'entendent finalement sur la prolongation de l'entente de garde déjà en place plutôt que sur le consentement à une ordonnance de tutelle.

En mars 2006, Nicholas comparait devant le tribunal pour adolescents pour répondre à des accusations associées à son comportement pendant qu'il habitait au CJNB et aux Foyers pour jeunes de Moncton. À ce moment-là, le dossier de Nicholas signale 38 infractions. Le responsable des Foyers pour jeunes de Moncton ne veut pas le reprendre, car il est d'avis que Nicholas constitue un danger pour les autres résidents du foyer. Dans un rapport psychiatrique dans lequel l'aptitude de Nicholas à subir un procès est évaluée, le psychiatre écrit : « Les facteurs déclenchant des épisodes comportementaux apparaissent en raison de sa difficulté à tolérer les bruits, le vacarme et les changements dans la routine. » À l'âge de 17 ans, Nicholas décrit sa situation à un psychiatre. Ce dernier écrit : « [...] lorsque d'autres jeunes sont en crise au foyer de groupe ou lui lancent des insultes, les bruits ou le vacarme assourdissants le rendent agité, nerveux et furieux. Il essaie parfois de maîtriser son tempérament et va dans sa chambre. Si la situation perdure, qu'il y a un changement dans sa routine ou qu'il reçoit des directives conflictuelles de la part du personnel, il se sent désorienté, anxieux et finit par avoir un épisode d'agression au cours duquel il martèle le mur à coups de poing ou détruit sa chambre. [...] il est très contrarié par ces épisodes qui persistent et qui occasionnent son retour au CJNB. » Un rapport dans lequel un psychiatre déclare que Nicholas est responsable de son comportement par moments est présenté à la cour. La Cour ordonne que Nicholas soit détenu au Centre hospitalier Restigouche, avec une population adulte, pour une période de 45 jours ou jusqu'à ce que la commission d'examen en santé mentale puisse le rencontrer.

Nicholas décrit à son intervenant le genre de vie qu'il menait au Centre hospitalier provincial Restigouche. L'intervenant écrit : « [...] sa journée consiste généralement à se lever le matin, à déjeuner, à prendre ses médicaments, à se coucher, à dîner, à se coucher et à attendre ensuite le souper. Il dit qu'il n'aime pas regarder la télévision et qu'il n'y a pas grand chose d'autre à faire. »

Bien qu'il soit âgé de 17 ans et qu'il ait le droit de recevoir des services éducatifs de la part du gouvernement du Nouveau-Brunswick, Nicholas n'a reçu aucun service éducatif durant cette période. Il croit qu'il a été « suspendu définitivement » par deux conseils scolaires différents en raison de son comportement.

Le 7 juin 2007, Nicholas comparaît devant la commission d'examen en santé mentale. Son nouveau psychiatre exprime quelques réserves au sujet de son syndrome d'Asperger. La commission ordonne à Nicholas de rester au Centre hospitalier Restigouche. La commission procéderait à l'examen de son cas dans 12 mois, ce qui donnerait ainsi le temps à SFC de planifier un placement convenable. Les membres du personnel du Centre hospitalier Restigouche affirment que cet établissement ne constitue pas un placement convenable pour Nicholas.

Lors du prochain examen de son cas par la commission d'examen en santé mentale, soit 12 mois plus tard, il est reconnu que, bien que le comportement de Nicholas se soit amélioré, il représente toujours une menace à la sécurité publique et que, par conséquent, il doit demeurer au Centre hospitalier. En octobre 2007, son dossier de protection de l'enfance est fermé par SFC puisqu'il va avoir 19 ans. Il cherche actuellement à obtenir

son diplôme de formation générale (diplôme d'études secondaires) et espère un jour avoir accès à un placement communautaire.

* * *

La décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale est un sujet auquel le gouvernement doit s'attaquer de toute urgence. L'obligation pour les tribunaux d'ordonner des placements plus appropriés pourrait constituer une solution. Un refus net de la part des juges en vue de criminaliser ce type de comportement ou même d'adopter d'autres processus en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents*, comme certains juges ont commencé à le faire, représente une première étape salutaire. Ces enfants ont besoin d'interventions et de traitements cliniques et non de justice réparatrice, d'ordonnances de services communautaires et de cercles de sentence. Toutefois, on peut se demander si les avocats de la défense ont soulevé devant le tribunal approprié la sagesse et la constitutionnalité de ces types de procédures. La criminalisation de l'inconduite de nos jeunes atteints de maladies mentales est-elle conforme aux garanties en matière d'égalité, de vie, de liberté et de sécurité de la personne et à ses divers droits légaux relativement à l'application régulière de la loi énoncés dans la *Charte canadienne des droits et libertés*? Afin de protéger les droits des enfants et des jeunes injustement accusés, les tribunaux peuvent-ils accorder des réparations efficaces en vue de protéger ces enfants et les collectivités dans lesquelles ils demeurent afin d'éviter une répétition des problèmes qui ont mené aux accusations criminelles à l'origine? Ce serait certainement une excellente nouvelle si nos tribunaux prenaient certaines initiatives et imposaient des solutions judicieuses à titre d'exemple dans des cas appropriés. La *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* encourage les juges à prendre des mesures proactives en vue d'éloigner les jeunes, dans l'ensemble, des procédures de justice pénale et d'explorer d'autres avenues. Les jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale et qui présentent des troubles du comportement ne méritent rien de moins.

Le véritable problème réside évidemment dans le fait que le système judiciaire pénal a pris la relève, car nos systèmes de santé mentale et de bien-être à l'enfance ont failli à la tâche. Les juges peuvent déclarer qu'une loi est sans effet lorsqu'elle ne se conforme pas à notre constitution, mais ils ne sont pas des législateurs. Dans le cadre de cette rubrique, mes recommandations générales s'adressent donc principalement à l'Assemblée législative, au ministère de la Santé, aux régies régionales de la santé et seulement subsidiairement à nos tribunaux et à notre système de sécurité publique.

23. Participation des régies régionales de la santé à titre de promotrices du changement

Il est difficile à dire si le transfert récent des responsabilités des services de santé mentale du gouvernement central aux régies régionales de la santé améliorera la situation ou engendrera de nouvelles disparités dans les services. L'avantage de ce changement est qu'il devrait faciliter l'intégration des services et la formation d'équipes fonctionnelles entre les fournisseurs de soins en santé mentale, le système de soins de santé en général et les partenaires à l'échelle locale et régionale, tels que les districts scolaires, les bureaux

des services sociaux régionaux et d'autres partenaires communautaires. Il est recommandé toutefois que le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à la participation de toutes les régies régionales de la santé aux efforts en matière d'intégration des services, puisque ces participants seront les piliers de ce processus.

24. Régionalisation des services psychiatriques et de santé mentale pour les enfants et les adolescents

L'accroissement de la capacité de notre système hospitalier à gérer les besoins en matière de soins de courte durée des enfants et des jeunes ayant des besoins complexes est l'un des éléments clés de la réforme. Actuellement, le seul hôpital dans la province qui dispose d'une unité psychiatrique consacrée aux enfants et aux adolescents est l'Hôpital de Moncton, qui a une capacité de six lits. Les enfants ayant des besoins de soins de courte durée dans d'autres régions de la province doivent être transférés à Moncton (si des lits sont disponibles) ou confiés aux soins de leurs parents étant donné qu'ils ne peuvent être admis dans les ailes psychiatriques réservées aux adultes d'autres hôpitaux pour leur propre sécurité, qu'il arrive souvent qu'ils ne puissent être traités en toute sécurité dans les services de pédiatrie et qu'ils peuvent constituer un risque inacceptable pour les autres enfants qui s'y trouvent. Toutefois, il est souvent inacceptable de renvoyer un jeune psychotique chez lui à la suite d'une agression grave ou d'un autre incident traumatisant survenu au foyer. Il arrive trop souvent que les jeunes aux prises avec des troubles de santé mentale ayant des besoins de soins de courte durée au Nouveau-Brunswick soient confrontés au problème d'avoir nulle part où aller pour recevoir des traitements. Il est surprenant que, dans une ville de la taille de Fredericton, qui renferme un hôpital régional desservant l'une des populations les plus nombreuses de la province, on ne trouve aucune unité psychiatrique réservée aux enfants et aux adolescents. Les psychiatres de l'hôpital de Miramichi offrent des services aux jeunes du CJNB. La population en détention qui s'y trouve est connue pour avoir une incidence très élevée de troubles de la santé mentale et, pourtant, l'hôpital régional ne possède aucune unité sécuritaire pour traiter les enfants et les adolescents qui sont des patients psychiatriques. Le Centre hospitalier Restigouche de Campbellton est un établissement pour adultes, mais les jeunes Néo-Brunswickois ayant des problèmes de santé mentale y sont parfois placés aux fins d'observation, d'évaluation ou de résidence temporaire en raison du manque d'installations ailleurs. Chose étonnante, cet établissement ne comporte pas lui non plus de programme ou d'unité visant à traiter cette population particulière en santé mentale, et les enfants et les jeunes se joignent aux diverses populations adultes ou pire encore l'établissement les refuse carrément.

Il est recommandé que le ministère de la Santé, le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse et les régies régionales de la santé élaborent un plan graduel pour l'implantation de services psychiatriques et de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents dans chaque régie régionale.

25. Responsabilisation des régies régionales de la santé pour les soins après le congé

Il se peut que tous les lits ne soient pas utilisés en tout temps et, évidemment, le manque de ressources dans les hôpitaux est tel que des pressions considérables peuvent être exercées pour fermer les lits inutilisés ou pour accorder le congé dès que possible aux enfants et aux jeunes atteints de maladies mentales. L'augmentation des responsabilités des régies régionales de la santé pour les soins après le congé de ces patients peut être le meilleur moyen de leur assurer l'accès et la continuité des soins garantis qu'ils méritent, étant donné leur vulnérabilité et leur exclusion. Malgré la nécessité générale de rationaliser les dépenses dans le secteur des soins de santé et malgré les dangers de dépendance accrue à l'égard des soins institutionnels, lorsqu'un enfant qui a des problèmes de santé mentale urgents est en crise, il est préférable d'offrir des soins et une surveillance cliniques dans un hôpital plutôt que d'envoyer l'enfant en prison ou de le détenir en milieu fermé dans un établissement correctionnel pour jeunes.

26. Désignation d'installations à titre de sites d'observation approuvés en vertu du Code criminel

Lorsqu'un adulte est accusé d'une infraction criminelle et que son avocat demande ou que la cour ordonne une évaluation, l'accusé n'est pas envoyé en prison pour l'évaluation. Cela arrive cependant souvent aux jeunes de cette province. Les juges envoient des enfants accusés en vertu de la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* au CJNB aux fins d'une évaluation, parce qu'il n'y a aucun autre établissement hospitalier désigné où l'évaluation peut être réalisée. Certaines précautions doivent être prises lors de la conception et de l'élaboration de ces établissements régionaux afin de répondre aux normes appropriées de sorte que les établissements où se situent les unités puissent être reconnus comme un hôpital au sens du *Code criminel du Canada* et qu'ils puissent être désignés par le ministre de la Santé comme des hôpitaux aux fins d'évaluation en vertu du *Code*.

27. Recrutement et maintien en poste des médecins

La mise en place de ces établissements régionaux en vue d'offrir des services psychiatriques aux enfants et aux adolescents par l'entremise des régies régionales de la santé requerra nécessairement, dans certains cas, des efforts consacrés au recrutement et au maintien en poste des psychiatres pour enfants et adolescents et d'autres professionnels de la santé spécialisés. Nous avons remarqué au cours de notre enquête que peu de services psychiatriques dans la province possèdent un personnel spécialisé expérimenté pour desservir ce groupe de patients. Les psychiatres spécialisés pour les enfants et les adolescents dans la province ont tendance à être fraîchement diplômés et embauchés de l'extérieur de la province au début de leur carrière. Il est recommandé que le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé collaborent afin de s'assurer que nous puissions retenir les services de psychiatres des enfants et des adolescents qualifiés et expérimentés, des psychologues et d'autres professionnels de la santé mentale et que le personnel embauché soient incités de façon adéquate à s'engager au travail à long terme dans cette province.

28. Soutien des recherches sur la pharmacothérapie des enfants et des jeunes souffrant de troubles de santé mentale

J'ai suivi avec intérêt pendant plusieurs années le débat public dans cette province au sujet du prétendu nombre excessif d'ordonnances émises pour le Ritalin. Les parents des jeunes décrits dans ce rapport étaient systématiquement d'avis que leurs enfants étaient victimisés à cause de l'approche essais-erreurs en rapport à de la pharmacothérapie recommandée par leurs psychiatres. Dans plusieurs cas, ils ont constaté de graves inquiétudes par rapport aux effets secondaires importants de certains médicaments, en particulier au niveau de la prise de poids et des sautes d'humeur, ainsi que la nécessité d'aider les jeunes et leurs familles à gérer ces risques. Il est recommandé que le centre provincial d'excellence pour les enfants et les jeunes ayant des besoins très complexes noue des partenariats au sein du gouvernement provincial et avec des organismes de recherche nationaux ainsi que des partenaires financiers pour appuyer la recherche qui aidera à faire progresser nos connaissances des avantages et des risques associés à l'utilisation d'une pharmacothérapie avec des psychotropes pour nos enfants et à déterminer sa prédominance dans notre société comparativement au counseling, à la psychothérapie et à d'autres interventions[15]. Au cours des 10 dernières années, il y a eu un vif intérêt pour les approches thérapeutiques multisystémiques dans le traitement des jeunes souffrant de troubles aigus du comportement[16]. Il est suggéré que le gouvernement

---

[15] Les premières études au sujet de la pharmacothérapie par opposition à la thérapie comportementale pour soigner l'hyperactivité avec déficit de l'attention suggèrent cependant que la pharmacothérapie utilisée seule a invariablement de meilleurs résultats : GREEN R.W. et ABLON J.S. « What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD? », *Journal of Clinical Child Psychology*, vol. 30, n° 1, p. 114-121 (2001).

[16] LITTELL J. H., M. POPA et B. FORSYTHE. «,Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° : CD004797 (2005). DOI : 10.1002/14651858.CD004797.pub4.

> La thérapie multisystémique (TMS) est une intervention à domicile et dans la collectivité à volets multiples réalisée à court terme pour les familles de jeunes qui souffrent de graves problèmes psychosociaux et comportementaux. S'inspirant des théories des systèmes d'écologie sociale et des familles, ainsi que des recherches sur les causes et les corrélats d'un grave comportement antisocial chez les jeunes (Henggeler 1998, Henggeler 2002a), la TMS est destinée à résoudre les problèmes psychosociaux complexes et fournir des solutions de rechange au placement en foyer des enfants et des jeunes.
>
> ...
>
> Selon ses créateurs (Henggeler 1998), la TMS utilise un « modèle de prestation de services de préservation de la famille » qui fournit des services limités dans le temps (de 4 à 6 mois) à la famille entière. Les équipes de traitement sont composées de thérapeutes professionnels et de travailleurs en service social individualisé en cas de crise, qui sont supervisés par des psychologues ou des psychiatres cliniques. Les thérapeutes sont des professionnels de la santé mentale qui sont titulaires de maîtrises ou de doctorats, ils ont un petit volume de cas et ils sont disponibles 24 heures par jour, sept jours par semaine pour les participants du programme. Le traitement est personnalisé pour traiter les besoins précis des jeunes et des familles, et comprend un effort de collaboration avec les autres systèmes sociaux, y compris les écoles et les groupes affinitaires (d'où le nom « multisystémique »). Le traitement peut être axé sur le changement cognitif ou comportemental, les aptitudes en communications, les compétences parentales, les relations familiales, les relations entre pairs, les résultats scolaires et les réseaux sociaux.

provincial pourrait y gagner en investissant plus de ressources dans ces dernières approches, bien qu'il faille reconnaître que de plus amples recherches sont requises.

29. Mise en œuvre de pratiques efficaces relatives aux médicaments sur ordonnance dans tous les centres d'hébergement pour les jeunes

Une autre plainte troublante exprimée par les parents était l'incapacité des soignants dans les milieux de soins en établissement, en particulier dans les milieux de détention tels que le CJNB, mais aussi dans les établissements de soins, à aider les enfants et les jeunes à respecter leur régime de pharmacothérapie. En milieu hospitalier, le personnel clinique a le choix d'imposer une pharmacothérapie non consensuelle si, par exemple, d'après le médecin, elle est nécessaire lorsqu'un patient traverse un épisode psychotique. Toutefois, le personnel clinique avec lequel nous nous sommes entretenus dans les hôpitaux nous a indiqué qu'il était à peine nécessaire de forcer un patient à prendre ses médicaments, car le patient peut presque toujours être amené à le faire volontairement. En revanche, lorsque nous avons demandé à des agents de la sécurité publique d'expliquer pourquoi les parents se plaignaient auprès de nous que les enfants placés aux CJNB n'étaient plus sous médicaments, les enquêteurs apprirent que le CJNB n'avait aucune autorité pour forcer une personne à l'instar d'un médecin à l'hôpital, que les tribunaux limitaient sérieusement le droit des gardiens à forcer un enfant à prendre ses médicaments et que bien trop souvent, d'après le personnel de garde, les résidents en milieu correctionnel transférés qui arrivaient du milieu hospitalier prenaient un tel cocktail de médicaments sur ordonnance qu'ils étaient à peine communicatifs.

Il est recommandé que le CJNB revoie ses pratiques et qu'il mette en œuvre des politiques en consultation avec les services de santé mentale provinciaux à l'égard du traitement pharmacologique des résidents qui doivent suivre un programme prescrit de pharmacothérapie avec des psychotropes, pour s'assurer que les jeunes en détention qui sont sous médicaments peuvent suivre leur traitement en accord avec l'avis de leur médecin. Il est recommandé ensuite que le ministère de la Santé, les régies régionales de la santé et le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse élaborent une stratégie en consultation avec tous les intervenants, pour garantir que des pratiques efficaces en matière de prescription de médicaments soient mises en œuvre dans tous les milieux de placements résidentiels pour les enfants et les jeunes.

30. Contraintes, menottes et fouilles à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de troubles de santé mentale

Il est recommandé que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick cesse immédiatement ses pratiques de contrainte, de pose de menottes et de fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de graves états de santé mentale, ainsi que le protocole nécessitant l'enregistrement sur bande vidéo de ce processus. Il est de plus recommandé que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice s'entretiennent avec le ministère de la Santé et le ministre chargé de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse pour établir de nouveaux protocoles et lignes directrices pour le transport, la détention ou l'isolation sécuritaire des enfants et des

jeunes qui souffrent de graves troubles de santé mentale, tout comme pour les enfants et les jeunes en général, lorsqu'ils sont placés sous la garde du ministère de la Justice ou des Services correctionnels pour les jeunes.

31. Éducation et promotion pour empêcher les mauvais traitements des jeunes vulnérables en détention

Il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique conçoive un programme éducatif destiné aux jeunes en détention et à leurs soignants au sujet des droits qui leur reviennent lorsqu'ils sont sous garde, ainsi que des procédures à suivre lorsqu'ils croient que leurs droits ont été violés. L'ensemble du personnel en milieu correctionnel devra être formé en matière de conseils à offrir aux jeunes au sujet des recours qui s'offrent à eux. Ce programme devra être réalisé en consultation avec le ministre responsable de la coordination des services à l'enfance et à la jeunesse et conjointement avec le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse. Cela est nécessaire pour veiller à ce que les droits de la jeunesse, et particulièrement ceux des jeunes qui sont vulnérables, soient protégés contre l'éventualité de recevoir des mauvais traitements et que toutes les possibilités de recours leur soient offertes.

32. Fin du regroupement des populations adultes et de jeunes au CJNB

Lorsque j'ai fait référence ci-dessus au danger de mettre directement les jeunes vulnérables en péril, j'avais bien sûr à l'esprit les mauvais traitements terribles dont Nicholas avait souffert en proie à son gardien. Toutefois, de nombreux risques sont présents dans un établissement correctionnel, malgré nos meilleures précautions. Un domaine où les défenseurs des enfants ont réussi a été la promotion en tant que principe juridique international[17] de la norme selon laquelle les populations adultes et de jeunes dans le milieu correctionnel ne doivent pas cohabiter. Nonobstant ces exigences, en raison de la surpopulation de nos établissements correctionnels pour adultes au Nouveau-Brunswick, le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick héberge à présent des contrevenants adultes de manière régulière et il y a parfois plus d'adultes que de jeunes contrevenants. Ils sont incarcérés dans des pavillons séparés, et des protocoles stricts sont en place pour éviter tout contact entre ces deux populations carcérales. J'estime que cela n'est pas suffisant. De nombreuses études ont démontré l'augmentation du risque de délinquance et de récidive qui se produit lorsque les jeunes contrevenants cohabitent avec des populations des contrevenants adultes[18] et cette pratique courante au Nouveau-Brunswick est un affront à la promesse de mesures proactives et à la philosophie de soins qui étaient destinées à être omniprésentes au CJNB. Il est recommandé que le ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de la Sécurité publique prévoient des plans à court et à long terme pour mettre

---

[17] ***Convention relative aux droits de l'enfant.*** Adoptée et ouverte pour signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989, article 37.

[18] PETROSINO A., C. TURPIN-PETROSINO et J. BUEHLER. « Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, art. n° : CD002796 (2002). DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

un terme au placement des contrevenants adultes dans l'établissement provincial conçu pour les jeunes contrevenants.

33. Mesures de rechange pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes

Chacun dans le système judiciaire pénal pour les jeunes nous a assuré avoir adopté un engagement professionnel pour prendre la législation envers les jeunes contrevenants à sa juste valeur et explorer utilement toutes les possibilités pour écarter les jeunes à risque du système judiciaire pénal et du système correctionnel. Il est difficile, cependant, de faire le rapprochement des résultats des cas que nous avons passés en revue durant cette enquête avec cet énoncé ou avec les dispositions de la *Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents*, paragraphe 39(5) qui stipule que : « le placement sous garde ne doit pas se substituer à des services de protection de la jeunesse ou de santé mentale, ou à d'autres mesures sociales plus appropriées ». Nous connaissons parfaitement ces principes. Nous ne faisons pas un bon travail pour ce qui est de les mettre en pratique. En ce qui a trait aux « autres mesures sociales », tout le monde n'a pas la même propension à sortir des sentiers battus. Un des experts que nous avons rencontrés faisait part de son expérience en rapport aux pratiques de déjudiciarisation en Ontario et évoquait une situation où elle avait demandé à un juge, au sujet d'un adolescent prometteur, mais errant :
« Sérieusement, Monsieur le juge, pourriez-vous simplement le condamner au hockey? »

Quant aux jeunes ayant des besoins complexes, le tribunal de la santé mentale à Saint John avait remporté un certain succès pour écarter les jeunes ayant des problèmes de santé mentale du système judiciaire-correctionnel traditionnel. Il serait bénéfique que ces processus judiciaires de substitution soient plus largement accessibles à travers la province et qu'ils soient conçus sans perdre de vue les besoins et les défis précis des jeunes. Quant aux jeunes condamnés à un séjour au CJNB, il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique passe en revue sa politique relative aux accusations de l'institution dans le but d'évaluer l'efficacité de ces accusations sur les jeunes dont il a la garde. (Des accusations sont régulièrement portées contre des jeunes contrevenants au CJNB durant leur incarcération pour leur comportement "criminel". Par exemple une accusation de méfait publique peut être porter contre une jeune, pour avoir causé des dommages à sa cellule.)

Il est recommandé que le ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse établisse, de concert avec des représentants désignés de la magistrature, du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité publique, un groupe de travail pour examiner les mesures de rechange actuellement d'usage au sein du système judiciaire et pour élargir l'adoption des meilleures pratiques définies en vue d'écarter du système judiciaire pénal les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. De façon précise, ce groupe devra examiner, par suite des recommandations issues de l'examen du régime d'aide juridique, des moyens d'améliorer la représentation juridique des jeunes dans toutes les instances et élaborer un projet pilote pour un tribunal de la santé mentale pour les jeunes, sur la base du projet du tribunal de la santé mentale à Saint John.

Chapitre 5 – Adaptation des services éducatifs pour les jeunes ayant des besoins complexes : *L'histoire de Benjamin*

Chaque histoire devrait avoir une fin heureuse et notre enquête a aussi eu ses bons côtés. L'histoire de Benjamin a aussi commencé par la recherche d'un placement résidentiel approprié. Même si nous étions en mesure, dans ce cas, de convaincre les fonctionnaires ministériels de la nécessité d'un tel placement en dehors de la province, l'établissement en Nouvelle-Écosse qui selon nous était appropriée donne la préférence aux résidents de cette province. En conséquence, ses représentants ont en fin de compte refusé le placement recommandé. En réalité, le résultat a été très positif, car les membres de l'équipe d'intervention de la ville natale de ce jeune ont été forcés de concevoir une solution propre au Nouveau-Brunswick, une solution qui soutenait la famille de l'enfant, qui était multidisciplinaire et qui a prouvé que, si on le veut, l'intégration des services peut très bien fonctionner et apporter des avantages à l'enfant.

Tous les cas examinés dans cette enquête n'ont pas eu de résultats éducatifs aussi positifs. Pour la majeure partie, notre enquête a confirmé que les jeunes à risque sont très souvent marginalisés par le système d'éducation et que les jeunes ayant les besoins les plus complexes ne se trouvent habituellement pas dans le champ de vision des services éducatifs dans cette province. Seul ministère du gouvernement dont l'objectif premier vise directement les enfants et les jeunes, le ministère de l'Éducation, de concert avec notre système scolaire public, peut jouer un rôle de leadership très significatif pour faire de la province un endroit où les enfants passent avant tout. La réponse du gouvernement face au rapport MacKay souligne son engagement envers cet objectif prioritaire de protection de l'enfance et le droit égal de chaque enfant à une éducation grâce à notre système scolaire public. Toutefois, selon nous, pour honorer cet engagement envers l'égalité dans l'éducation, il faut plus qu'une approche unidimensionnelle et il faut reconnaître que, dans certains cas, l'inclusion scolaire n'est pas une solution adéquate à court ou à moyen terme. Les services éducatifs spécialisés pour les enfants ayant des besoins extrêmement complexes sont très coûteux, que ce soit en salle de classe ou en dehors du cadre scolaire, mais ils doivent être fournis dans tous les cas et les efforts doivent être réitérés pour veiller à ce que ces cas très difficiles ne soient pas abandonnés par le système éducatif officiel. Un investissement adéquat dans les services éducatifs, dans un cadre de prestation de services intégrés, est le meilleur moyen de s'assurer que les enfants ayant des besoins complexes peuvent également atteindre leur potentiel maximal et minimise de ce fait les conséquences en matière de coût pour la province dans l'avenir. L'histoire de Benjamin est très convaincante sur ce point.

L'histoire de Benjamin

« Ce sont les gens, et non les programmes, qui changent les gens. » Dr Bruce Perry, pédopsychiatre

Lorsque la mère de Benjamin était enceinte de lui, son mari et elle ne pouvaient demander mieux. Peut-être que chaque parent le ressent de cette manière, mais, pour ce

couple, cette nouvelle était encore plus importante. Après avoir affronté l'infertilité pendant des années, ce bébé était leur « bébé unique ».

Depuis qu'il est bébé, Benjamin est très actif et il nécessite une étroite surveillance. On soupçonne qu'il est atteint d'hyperactivité avec déficit de l'attention. En première année, il prend du Ritalin. Ensuite, on lui administre du Dexadrin. Déjà en troisième année, il prend des antidépresseurs pour ses migraines. Selon sa mère, ce nouveau médicament l'a changé. Il commence à faire des crises, à hurler et à rester éveillé durant la nuit. Ses parents ressentent que le neurologue qui soigne Benjamin n'accepte pas l'exactitude des comportements qu'ils lui décrivent. Chaque fois qu'ils expriment leurs inquiétudes au sujet de leur jeune fils et du régime d'antidépresseurs, il insinue que, s'ils ne sont pas d'accord avec cette médication, ils n'ont pas à le lui administrer. Prévoyant les types de comportements que cela engendrerait, les parents sont perplexes sur la manière dont ils peuvent aider leur fils. De plus, le neurologue leur dit qu'il s'agit d'un comportement acquis, et qu'il faut blâmer leurs piètres compétences parentales. Pour la famille, c'est le début des visites chez différents médecins (pédiatres, psychiatres et médecins généralistes), chacun ayant un diagnostic différent et prescrivant différents régimes de médicaments.

Lorsque Benjamin commence à afficher un comportement difficile en troisième année, l'école désigne un interventionniste dans cette classe. Le rôle d'un interventionniste est d'observer l'enfant dans la classe et d'émettre des suggestions à l'intention de l'enseignant sur la façon de composer avec le comportement de l'enfant. L'interventionniste peut aussi retirer l'enfant de la classe s'il est trop perturbateur. Cela permet à l'enseignant de continuer avec le reste du groupe et au travailleur de travailler individuellement avec l'enfant. La participation de l'interventionniste se veut une mesure à court terme, l'objectif étant de rétablir rapidement la situation. Dans le cas de Benjamin, l'interventionniste lui enseigne des techniques pour essayer de se calmer lorsqu'il sent la pression monter en lui. Il lui apprend les différents « moi » : le « moi bruyant », le « moi calme », etc., et il lui apprend à déterminer quel « moi » il est et comment atteindre un « moi » différent. À la fin de l'année, Benjamin se débrouille bien et il réussit son année sans difficulté.

La quatrième année (il a 9 ans) s'est avérée plus difficile. Il a différents interventionnistes dans sa classe, mais, cette fois, la maladie de Benjamin a fait surface de façon spectaculaire. Le comportement de Benjamin est si imprévisible que, d'après le personnel de l'école, il « perturbe le bâtiment de l'école au complet ». Il pleure, hurle, s'allonge au milieu de la classe, quitte la classe et quitte carrément l'école. Chaque fois qu'ils ne sont pas en mesure de maîtriser son comportement, les membres du personnel le mettent en isolement dans une pièce où on le laisse crier, parfois pendant deux heures, avant d'appeler ses parents. L'école utilise parfois un placard ou une salle d'entreposage pour y mettre Benjamin, puisque personne ne sait que faire de lui. Le directeur de l'école avoue avoir hurlé contre Benjamin une fois, et il insinue que c'est ce dont il avait besoin, étant donné que Benjamin avait effectivement arrêté de crier. Sa mère est horrifiée : Benjamin a arrêté de crier parce qu'il était pétrifié, pas parce que c'était une « bonne technique » à employer avec lui.

Il était évident que personne ne comprenait ce que le comportement de Benjamin signifiait. Un psychiatre recommande que Benjamin aille à l'école seulement trois heures par jour, comme une journée entière semble être plus qu'il ne peut supporter. L'école veut transférer Benjamin, qui a 9 ans à l'époque, au centre d'apprentissage, qui accueille principalement des adolescents mal adaptés ou qui ont des démêlés avec la justice. Ses parents s'y opposent de façon véhémente.

Les parents ont cherché désespérément de l'aide. Certains professionnels commencent à parler de psychose maniacodépressive précoce. Les visites et les séjours au IWK se multiplient. Du fait que cet établissement se trouve en Nouvelle-Écosse, la gestion du cas de Benjamin dans les situations d'urgence lorsqu'il vit à la maison devient difficile.

Un matin, alors que Benjamin est en quatrième année, ses parents reçoivent un appel de l'école. Ils doivent s'y rendre immédiatement. Lorsqu'ils arrivent, la classe a été évacuée. Benjamin se tient devant le tableau et écrit les mêmes chiffres à répétition. Il est incohérent. Il est en plein épisode psychotique. Ses parents prennent Benjamin et le portent dehors. Sur le pas de la porte, on dit à sa mère qu'elle doit revenir à deux heures pour une réunion, afin de discuter du comportement de Benjamin. Benjamin est emmené à l'urgence, où il est admis sans délai. Même si ses parents sont hors d'eux-mêmes, inquiets et horrifiés, la mère de Benjamin retourne à l'école pour la réunion. Le psychologue de l'école s'entretient avec elle. Elle insiste sur le fait qu'elle et son mari ne veulent pas que Benjamin soit pénalisé et retiré de l'école. Le psychologue est du même avis et il dit aux membres du personnel qu'ils doivent garder Benjamin à l'école.

En décembre de la même année, la psychose maniacodépressive est diagnostiquée chez Benjamin. Il est hospitalisé jusqu'en février. À son congé de l'hôpital, le psychiatre traitant, convaincu que la psychose maniacodépressive est un épisode isolé, le sèvre de ses médicaments. En mars, Benjamin est de retour à l'école. Il ne s'écoule que deux semaines avant un nouvel épisode sérieux. Son nouveau psychiatre rétablit sa pharmacothérapie, ce qui stabilise son comportement. L'école, estimant qu'elle n'est pas équipée pour s'occuper de ce garçon, dit aux parents que l'école n'est pas sa place. Ses parents insistent et essaient de ramener Benjamin. Sa mère retourne dans sa classe, en traînant Benjamin, dans l'espoir de pouvoir le réintégrer. Ben est tellement effrayé, il se cache dans le coin de la classe pendant toute la durée de la visite. Les parents, fatigués de lutter et épuisés sur le plan émotionnel, capitulent et inscrivent leur fils au centre d'apprentissage.

Benjamin souffre d'une maladie mentale. Il a une intelligence normale. À vrai dire, sur le plan scolaire, il a toujours obtenu de bons résultats. Chaque fois qu'il s'absente de l'école pendant de longues périodes, il se rattrape en un rien de temps, et réussit chaque année sans grande difficulté. En conséquence, il comprend l'impression que son comportement suscite chez ses camarades de classe. Il va sans dire qu'il n'a pas d'amis et qu'il pense toujours que les autres enfants le détestent. Bien qu'il soit souvent absent de l'école pendant de longues périodes, habituellement parce qu'il est hospitalisé, ses camarades ne lui ont jamais écrit une carte ni envoyé des vœux de prompt rétablissement. Il sait que cela est étrange, car d'autres enfants de sa classe ont été malades auparavant et tout le

groupe d'enfants a envoyé des cartes. Lorsqu'il est encore à l'école, un membre du personnel dit à sa mère que, lorsque Benjamin se trouve expulsé dans le couloir, elle arrive pour le serrer dans ses bras, pour essayer de le rassurer. On la somme de cesser cette pratique, car cette attention est perçue comme une récompense pour cet enfant, qui a eu un accès de colère. Il n'est pas surprenant que sa famille sente que personne ne comprend la maladie mentale de Benjamin et elle éprouve une profonde tristesse à cause du rejet.

Pour ces raisons, ses parents décident qu'en cinquième année ils allaient essayer une nouvelle école. Benjamin va à l'école pendant 2 heures le matin, rentre à la maison pour se reposer, puis se rend au centre d'apprentissage pour y passer 2 heures de plus. Il se débrouille très bien jusqu'en mars. Il a beaucoup de mal jusqu'à la fin de l'année, mais une fois de plus il parvient à réussir.

En sixième année, les parents de Benjamin l'inscrivent dans une école intermédiaire. Puisqu'il a maintenant reçu un diagnostic officiel, il bénéficie d'une aide-enseignante à plein temps. Il a une enseignante merveilleuse, qui en fait a deux frères souffrant de psychose maniacodépressive. Elle prend très bien Benjamin en charge, et elle contribue largement à sensibiliser tous ceux qui travaillent avec Benjamin au sujet de la psychose maniacodépressive. Benjamin est malade pendant une brève période, mais somme toute il passe une année géniale.

La septième année suit son cours jusqu'au printemps suivant. Dès lors, le poids de Benjamin a triplé (en partie à cause de ses médicaments). L'infirmière en santé mentale et ses parents sentent que quelque chose « se trame » avec Benjamin. Un jour, alors que Benjamin et sa mère rendent visite à l'infirmière en santé mentale à son bureau, il entre dans un grave état de crise. Il agresse gravement sa mère. Il est emmené à l'hôpital en ambulance. Selon sa mère, il y a eu une certaine ambivalence quant à son admission, en partie parce qu'on ne sait pas dans quelle unité le mettre dans l'hôpital. Devrait-il aller au service pédiatrique (après tout, il n'est encore qu'un enfant)? Cependant, en raison de son comportement violent, peut-être devait-il être placé dans un lit psychiatrique (avec les adultes). Il est finalement admis au service pédiatrique. Il y reste pendant deux semaines. Durant son séjour, bien qu'il soit surveillé, il parvient à sortir sur le terrain de jeux sur le toit et escalade le mur en plexiglas dans le but de sauter, pensant qu'il peut voler. Une infirmière lui porte secours juste à temps. Il est renvoyé à la maison, à ses parents, qui sont extrêmement inquiets sur la façon dont ils vont gérer le comportement de Benjamin. Du fait que le personnel de cette école comprend ce qu'est la psychose maniacodépressive, il reçoit des dessins et des vœux de prompt rétablissement de ses camarades de classe. Lorsqu'il rentre chez lui, certains d'entre eux lui rendent même visite. Benjamin fait la remarque suivante à sa mère : « Tu sais, maman, je pense qu'ils m'aiment bien ».

L'infirmière en santé mentale et ses parents tentent de mettre sur pied une équipe qui travaillerait avec Benjamin et sa famille et les soutiendrait. Les visites d'un spécialiste à l'autre se poursuivent (un des problèmes est le taux de roulement de ces spécialistes qui,

dans certains cas, ne restent au Nouveau-Brunswick que quelques mois). Le ministère des Services familiaux et communautaires refusent de s'engager.

À l'automne de 2005, alors que Benjamin a 13 ans et qu'il est en huitième année, il a une autre explosion de violence. Sa mère s'enferme dans la salle de bains pour assurer sa propre sécurité physique. Elle appelle les services sociaux d'urgence après les heures de travail de SFC. Le temps qu'on la rappelle plusieurs heures plus tard, Benjamin s'est calmé. Le travailleur social lui conseille d'appeler la police la prochaine fois. Il devient clair qu'un autre type de traitement est nécessaire pour répondre aux besoins de Benjamin, ainsi que pour assurer sa sécurité personnelle et celle de ses parents. Le personnel de SFC ouvre un dossier de protection de l'enfance au nom de la famille.

Sentant qu'ils n'ont pas le choix, une fois de plus, les parents se tournent vers l'IWK. Ils sont convaincus qu'à ce stade, leur fils nécessite un traitement spécialisé, qui dépasse leurs aptitudes. Étant donné que les parents ne peuvent pas obtenir des services au Nouveau-Brunswick, ils sont prêts à déménager à Halifax dans l'unique but de donner à leur fils les soins dont il a besoin. Au cours des quelques mois suivants, trois demandes sont effectuées vers des programmes spécialisés. Benjamin est refusé dans les trois cas, car on estime qu'il ne répond pas aux critères d'admissibilité.

Le Bureau de l'ombudsman est maintenant mêlé à l'affaire. Au même moment, et en raison de notre insistance, SFC demande au bureau local de la région où vit Benjamin d'offrir des services à la famille. Étant donné que la famille ne remplit pas les critères d'admissibilité pour un enfant qui a besoin de protection (ses parents refusent de déléguer la tutelle de leur fils à SFC), la seule option pour la famille est de recevoir l'aide du Programme de services communautaires à l'intention des personnes ayant des besoins spéciaux (même si Benjamin ne répondait et ne répond toujours pas aux critères d'admissibilité de ce programme non plus). Alors qu'une recherche de placement est toujours en cours, l'infirmière en santé mentale, le travailleur social de SFC et les parents de Benjamin luttent pour mettre en place un plan qui offrirait des services à Benjamin et assurerait la sécurité de chacun.

Jusqu'en janvier 2006, Benjamin est trop malade pour retourner à l'école. Son enseignant de 8^{e} année est d'un très grand secours et l'aide à progresser jusqu'à ce qu'il ait atteint une charge de cours complète. Il bénéficie d'une aide-enseignante à plein temps.

À la maison, un conseiller en ressources humaines est engagé pour rester avec Benjamin 4 heures par jour, 5 jours par semaine. La structure, les aptitudes sociales et la formation en gestion de la colère fournies par les conseillers en ressources humaines contribuent à stabiliser la situation. Les parents recrutent une famille qui offrirait des soins de relève une fin de semaine par mois, aux frais de SFC. Il semble que le juste équilibre sur le plan de la médication a été trouvé. Pour la première fois depuis des années, les parents sentent qu'avec tous les professionnels engagés, peut-être peuvent-ils garder Benjamin à la maison et composer avec sa maladie. Les professionnels concernés, entre temps, concluent qu'en raison de l'absence de ressources spécialisées pour apporter des services

à ce garçon, ils ont mis en place une « équipe » qui peut bien être le remède, du moins pour le moment.

L'étape suivante pour Benjamin est l'école secondaire. Ses parents et son psychiatre veulent le retenir en 8e année pour lui donner l'occasion de se rattraper complètement. L'école pousse Benjamin à passer en 9e année. Lorsqu'il rend visite à son psychiatre en juin, tout le monde est tellement impressionné par ses excellents résultats scolaires qu'ils acceptent de le faire passer au niveau suivant.

En septembre 2006, Benjamin débute l'école secondaire. Il bénéfice d'une aide-enseignante à plein temps. Selon sa mère, il n'a toujours pas d'amis. « C'est une petite ville, dit-elle, les rumeurs se répandent rapidement. » « On ne lui donne pas de chance. » C'est l'un des éléments les plus difficiles pour Benjamin et ses parents.

À l'automne 2006, Benjamin fait une rechute. Néanmoins, tous les systèmes de soutien mis en place par l'infirmière en santé mentale et le travailleur social pour les besoins spéciaux le soutiennent, lui et sa famille, dans cette crise. Il poursuit sa scolarisation avec une aide-enseignante à plein temps et, à Noël, il visite Disneyland avec ses parents pendant une semaine, sans aucune difficulté.

En septembre 2007, il rentre en 10e année et ses résultats sont très bons. À cause de sa maladie mentale, Benjamin éprouve des tremblements. C'est pourquoi son écriture est instable. Les parents, l'école et le district préconisent un ordinateur portatif pour Benjamin, pour écrire ses tests d'aptitudes à lire et à écrire et ses tests provinciaux, mais le ministère de l'Éducation refuse cette requête de nombreuses fois, soi-disant parce que cette démarche ne s'inscrit pas dans la politique. L'école se montre conciliante à l'égard de Benjamin, en lui donnant un peu de temps supplémentaire pour les tests, et en lui permettant d'aller dans une pièce privée pour les passer. Benjamin a également le droit de dicter ses réponses et un adulte les met sur papier. Or, chacun s'accorde pour dire que l'utilisation d'un ordinateur portatif rendrait les choses beaucoup plus faciles. L'école a également mis ses cours obligatoires le matin, puisque c'est là le moment où il est bien reposé et plus réceptif. Il suit toutefois le même programme d'études que les autres. Depuis l'automne, Benjamin passe son heure de dîner à l'école. Il fait partie du club de vélo, où un élève de 12e année l'a pris sous son aile et l'aide lorsqu'ils font des promenades à vélo. Lorsqu'on lui demande ce qui a fonctionné pour Benjamin dans le système éducatif, sa mère réplique sans hésitation que le fait d'avoir une aide-enseignante empathique a énormément aidé. Lorsque Benjamin prend du retard sur des choses comme recopier des notes du tableau, elle lui prête main forte, en s'assurant qu'il dispose de toute l'information dont il a besoin. La communication avec les parents a été excellente. Ils sont informés de tous les devoirs pour assurer la continuité entre l'école et la maison. L'école insiste pour que tous les enseignants de Benjamin soient présents aux réunions. Ils sont disposés à apprendre des parents quelle est la meilleure façon de s'occuper de Benjamin. Il n'y a pas de compétition entre les adultes dans la vie de Benjamin, seulement de la coopération et de la compréhension. Les parents sont toujours à deux pas lorsqu'il devient agité ou que le personnel estime avoir besoin de soutien supplémentaire. Lorsqu'on demande au district scolaire ce qui contribue au succès de cette situation, on

affirme : « Un grand groupe de personnes très préoccupées qui s'unissent pour travailler pour le bien de Benjamin ».

Benjamin voudrait aller à l'école des arts culinaires et devenir chef une fois qu'il aura obtenu son diplôme. Il est déjà en quête des meilleures écoles. Ses parents sont convaincus qu'il réussira.

Après la rencontre de mon personnel avec l'infirmière en santé mentale qui travaille avec la famille, celle-ci a émis les constatations suivantes dans une lettre adressée à mon bureau :

> Je crois que le succès pour Ben est attribuable au fait que les organismes se sont engagés à travailler ensemble pour trouver un programme innovateur, à vrai dire, beaucoup moins coûteux que le plan initial de traitement résidentiel mais, qui plus est, qui confiait Ben aux soins des personnes qui l'aiment le plus au sein de sa collectivité d'attache. Je ne pense pas que nous puissions même nous faire une idée du coût sur le plan émotionnel, psychologique et financier pour une famille lorsqu'elle doit prendre la décision d'envoyer son fils ailleurs pour qu'il bénéficie d'un programme approprié.
>
> Ce qui est peut-être encore plus important, c'est que nous commencions à nous concentrer davantage sur les besoins du patient de façon holistique et à nous éloigner des soins axés sur des « critères ». Lorsque nous nous concentrons sur la satisfaction de critères pour accéder à un programme, nous semblons travailler très dur pour « exclure » des personnes et causer une aliénation, des douleurs et des souffrances inutiles à ceux qui luttent parce qu'ils sont« différents » ainsi qu'à leurs familles. Le cas de Ben est peut-être une exception, mais peut-être ne devrait-il pas l'être. À vrai dire, je soupçonne qu'il puisse y avoir bon nombre de situations qui seraient définies comme des « exceptions » et qui ont grand besoin de services tout aussi créatifs et homogènes de la part de divers organismes gouvernementaux.
>
> Je sais que nous avons admis qu'il faille peut-être multiplier les ressources, mais j'avancerais qu'il est peut-être plus important de changer notre orientation au profit des enfants et de leurs besoins, de faire tomber les murs qui ont été érigés entre les organismes et d'espérer des activités et une programmation créatives. Par ailleurs, il semble que la simple multiplication des ressources sans changement d'optique ne parviendra probablement pas à changer grand-chose.

Une équipe complète a été fondée autour de cette famille, pour s'assurer que Benjamin reste avec ses parents dans sa collectivité. Ses symptômes sont maîtrisés la plupart du temps et il a réalisé et continue à réaliser d'importants progrès dans de nombreux domaines. Les représentants du gouvernement signalent que ce modèle de prestation de services est l'exception et ils laissent entendre qu'il devrait peut-être demeurer une exception. Je ne partage pas cette opinion.

Je suis d'accord avec l'évaluation de cette situation effectuée par l'infirmière en santé mentale : le modèle de prestation de services est créatif, axé sur l'enfant et va au-delà des critères du programme. Il a mis au défi différents ministères et professionnels de collaborer. Il a soutenu les intervenants principaux et les plus importants dans le scénario, en l'occurrence les parents de Benjamin, de façon qu'ils puissent s'acquitter de leur

responsabilité parentale envers leur fils. Chaque ministère est allé au-delà de ses « critères d'admissibilité au programme » respectifs afin d'offrir des services à cette famille et a pris les mesures nécessaires pour les faire fonctionner. Ces ministères doivent être félicités pour cela. Je crois que chaque famille avec un enfant ou un jeune qui présente certains problèmes identiques à ceux de Benjamin et à ceux des autres jeunes décrits dans ce rapport méritent le même niveau de service.

* * *

Il y a un engagement admirable à l'égard des principes dans un système éducatif qui n'écarte aucun enfant et qui met en pratique la notion qu'il y a une place pour chaque enfant dans la salle de classe. On constate cependant que de nombreux enfants n'apprennent pas au rythme normal dans des milieux d'inclusion scolaire, et ils peuvent nécessiter des services éducatifs plus spécialisés ou personnalisés. Nous ne pouvons pas insister sur l'inclusion pour le simple plaisir de le faire, pas plus que nous pouvons nous permettre d'agir ainsi parce que c'est tout ce dont nous pouvons nous permettre. Si des services éducatifs personnalisés sont nécessaires pour aider un enfant à atteindre son potentiel, alors c'est la démarche que nous devons entreprendre, même si parfois elle est plus coûteuse. De plus, si les modèles d'inclusion scolaire doivent fonctionner au bénéfice d'enfants ayant des besoins extrêmement complexes, alors ils doivent intégrer les systèmes de soutien des services sociaux et des services de santé, sans oublier la famille, pour réussir.

Notre examen de ces divers cas laisse penser que de nombreux enfants ayant des besoins extrêmement complexes ont été abandonnés ou perdus de vue par notre système éducatif. Il faut mettre en place un objectif spécialisé renouvelé pour répondre aux besoins éducatifs de ces élèves dans leurs différents placements résidentiels. Ces services spécialisés pourraient être gérés à l'échelle provinciale ou régionale. Les enseignants et le personnel des services éducatifs doivent être formés au sujet des problèmes de santé mentale, de sorte que ces enfants dans le besoin puissent être dépistés, compris et orientés, et non exclus.

34. Une approche multidisciplinaire vis-à-vis de l'inclusion scolaire

Notre analyse des problèmes dans le domaine des services éducatifs vient appuyer les recommandations énoncées ci-dessus vis-à-vis de l'intégration des services en matière de santé, de services sociaux et de services correctionnels, étant donné qu'une meilleure coordination des efforts contribuera largement à réduire les problèmes. L'histoire de Benjamin est la preuve vivante que, grâce à la coordination des efforts, même les élèves ayant des besoins très complexes peuvent réussir dans un modèle d'inclusion scolaire. Tous les efforts avaient été déployés pour placer Benjamin dans un programme éducatif spécialisé en dehors de la province. Finalement, une fois que toutes les approbations ont été obtenues, ses parents ont accepté, avec le temps, que ce placement en Nouvelle-Écosse soit reporté indéfiniment, malgré les promesses et l'encouragement des médecins qui s'y trouvaient, pour la simple raison qu'« il y aura toujours un résident de Nouvelle-Écosse avec des besoins équivalents ou plus importants ». En fin de compte,

l'exclusion du programme de la Nouvelle-Écosse était la meilleure chose qui puisse arriver à Benjamin, car elle a forcé, bien qu'en désespoir de cause, ses soignants à élaborer leur propre solution pour répondre à ses besoins éducatifs d'une manière qui privilégiait les soutiens solides offerts au sein de sa propre famille et ceux des professionnels au sein de son cercle de soins immédiat.

C'est de cette manière que l'inclusion scolaire est censée fonctionner. Elle requiert une volonté à adapter les programmes aux besoins de l'enfant ainsi qu'une approche multidisciplinaire. La manière d'atteindre ces objectifs n'est cependant pas la manière dont cette famille a dû le faire : au bord du désespoir et à l'aveuglette. Ces objectifs doivent être assimilés au système éducatif. Les lignes directrices nouvellement adoptées par la Commission des droits de la personne au sujet des mesures d'adaptation destinées aux personnes handicapées dans les services éducatifs constituent une ressource utile pour les administrateurs de districts dans cette optique[19]. Le travail effectué ailleurs au Canada, aux États-Unis et en Norvège à l'égard de cette thérapie multisystémique est également utile[20]. Enfin, les éducateurs confrontés à un comportement de plus en plus agressif ou perturbateur de la part des élèves doivent être prêts à intervenir immédiatement et efficacement pour réprimander un tel comportement, puisque des études ont montré que la passivité ne fait qu'exacerber le trouble du comportement.[21]

Il est recommandé que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour favoriser et façonner des approches multidisciplinaires efficaces de l'inclusion scolaire et qu'il réitère ses efforts pour intervenir immédiatement pour réprimander toute mauvaise conduite violente ou agressive par les élèves.

Pour illustrer ce que nous proposons dans cette section et dans les sections précédentes du présent rapport, nous avons élaboré un tableau qui se trouve à l'annexe III et qui s'intitule « Diagramme de l'intégration des cas complexes (processus proposé). Ce tableau trace la feuille de route permettant d'identifier rapidement les cas complexes dans les quatre ministères qui œuvrent auprès des jeunes, de les orienter de façon adéquate et de leur offrir des services spécialisés. Cette structure, qui rendrait compte au ministre des services à l'enfance et à la jeunesse, permettrait d'assurer que tous les jeunes soient visibles et suivis en tout temps, dans tous les systèmes, ne laissant personne pour compte. Les services seraient coordonnés par les divers ministères, sous l'égide du ministre responsable de l'intégration de ces services.

Le processus proposé tient compte du succès du processus du Programme de traitement pour les jeunes et suggère une consolidation et une expansion de ce processus dans le but de couvrir tous les cas de besoins complexes et d'agir de façon proactive en faveur des

---

[19] http://www.gnb.ca/hrc-cdp/f/Ligne-directrice-accommodement-etudiants-incapacite-Nouveau-Brunswick.pdf, le 15 octobre 2007

[20] LITTELL J. H., M. POPA et B. FORSYTHE. « Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 4, art. n° : CD004797 (2005). DOI:10.1002/14651858.CD004797.pub4.

[21] MYTTON, J., C. DIGUISEPPI, D. GOUGH, R. TAYLOR et S. LOGAN. « School-based secondary prevention programmes for preventing violence », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 3, art. n° : CD004606 (2006). DOI : 10.1002/14651858.CD004606.pub2.

jeunes à risque. Un rôle révisé et élargi est également proposé pour la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA), comme le rapport le souligne ci-dessous. Les ministères de la Sécurité publique, de l'Éducation, de la Santé et des Services familiaux et communautaires créeraient des postes de gestionnaire des cas complexes de façon à ce que les enfants ayant les besoins les plus complexes puissent être soutenus durant leur années formatives par des gestionnaires de cas d'expérience, assurant ainsi une plus grande continuité dans les soins et une meilleure intégration des services.

Un des objectifs du gouvernement provincial doit être de déceler les problèmes lorsqu'ils se déclarent et d'éviter qu'ils ne s'aggravent. L'approche intégrée soulignée à l'annexe III doit viser, dans tous les cas, à traiter les enfants et les jeunes dans leur propre collectivité. Ils ne doivent pas être orientés à la légère vers un programme provincial seulement pour être placés et traités ailleurs. Ces cas devraient être orientés vers le Programme provincial de traitement des jeunes seulement si l'expertise locale (travailleurs sociaux, infirmières, psychologues, agents de probation, gestionnaires régionaux des cas complexes, coordonnateurs cliniques) ne peuvent pas fournir les soins appropriés.

35 Élargissement du Programme de traitement pour les jeunes

Un des efforts multidisciplinaires mis de l'avant parmi les ministères de la Santé, de l'Éducation, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires qui, dans certains cas, a produit des résultats positifs est le Programme de traitement pour les jeunes. Ce programme fonctionne à l'échelle locale et provinciale pour orienter les cas de jeunes ayant des besoins complexes vers un comité multiministériel qui mettra sur pied un plan de traitement intégré. L'initiative est largement menée par Services familiaux et communautaires. Une des lacunes du programme a été la participation irrégulière au processus de la part d'autres ministères ou organismes, y compris de la part des districts scolaires. En outre le programme est destiné uniquement à une série limitée de diagnostics, c.-à.-d. jeunes ayant un trouble de comportement ou de conduite. Nous recommandons que le Programme de traitement pour les jeunes ou un processus semblable à celui-ci, sans répétition inutile, soit élargi afin de couvrir une plus vaste gamme de diagnostics et que les autorités des districts s'assurent que des comités multiministériels sont établis dans chaque district et qu'ils soumettent les dossiers au comité provincial du PTJ. (Veuillez consulter le Tableau d'intégration des cas complexes (processus proposé) à l'annexe II.)

36. Une commission de l'enseignement spécial pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes

Nous recommandons que le ministère de l'Éducation conçoive un nouvel objectif consacré aux enfants ayant des besoins complexes qui, pour quelque raison que ce soit, ne se trouvent plus dans le système scolaire traditionnel. Nous devons cesser de feindre que ces élèves ne sont pas là ou qu'ils sont si exceptionnellement rares qu'ils peuvent être laissés pour compte sans encombre. Nous devons également arrêter de dire, à nous-mêmes et à quiconque veut bien nous entendre, que les approches de l'inclusion

scolaire sont, dans toute situation, les plus concluantes. Ce dont ces élèves ont besoin, c'est qu'un enseignant les trouve et prenne soin de leurs besoins éducatifs, quels qu'ils puissent être. Qu'ils soient dans des centres de désintoxication, à l'hôpital, dans un établissement correctionnel ou à la maison et qu'ils soient incapables de fréquenter l'école pour une période provisoire ou prolongée, les services éducatifs ne doivent pas être interrompus ou gênés inutilement.

Le système éducatif a une obligation réglementaire envers chaque élève et doit suivre l'enfant et coordonner les services éducatifs, et ce, où que soit l'enfant. À aucun moment, un enfant ou un jeune ne devrait-il disparaître du champ de vision du système éducatif. Malheureusement, notre enquête a confirmé que c'est ce qui se produit couramment lorsque des enfants sont placés dans un hôpital ou dans un autre milieu institutionnel. Au CHR, par exemple, l'enseignant de Nicholas – un francophone unilingue qui a essayé de l'aider à se préparer en prévision de son test de connaissances générales en mathématiques et en anglais – est payé par l'hôpital. Le ministère de l'Éducation n'intervient aucunement. De même, le CJNB dépenses plus d'un quart de million de dollars sur les services éducatifs chaque année pour les jeunes contrevenants du centre correctionnel pour jeunes. Cependant, un plus grand engagement et une plus grande surveillance des représentants des districts scolaires relativement à ces services éducatifs aux élèves du CJNB permettraient à ces enfants d'atteindre plus facilement leurs objectifs éducatifs après leur remise en liberté.

37. Commission de l'enseignement spécial pour les élèves à besoins complexes

Chaque école et district devraient être en mesure de présenter le cas d'un élève ayant des besoins extrêmement complexes auprès d'un comité provincial ou d'une commission de l'enseignement spécial. Le financement de cette commission pourrait être assuré séparément par le ministère de l'Éducation dans le but d'offrir des services éducatifs au domicile de l'enfant ou dans la collectivité (à l'hôpital, dans un foyer de groupe, dans un foyer pour jeunes), sans interruption d'un placement à un autre, sur la base d'un plan éducatif personnel orienté vers les objectifs du programme de l'enfant et, accessoirement, vers sa réintégration fructueuse dans l'école publique. Il n'en demeure pas moins que les besoins éducatifs de jeunes tels que ceux dont le portrait est brossé dans ce rapport peut exiger des soutiens et des mesures d'adaptation considérables, qui peuvent facilement submerger les budgets des districts ou être négligés au profit des besoins de la majorité. Comme l'indique le Tableau d'intégration des cas complexes (processus proposé) l'intégration réussie de ces élèves dans l'enseignement traditionnel exigera invariablement une association avec les représentants des services sociaux et de santé mentale. Ce type de coordination dans des cas extrêmement complexes est mieux géré par l'intermédiaire d'une commission spéciale.

Le ministère de l'Éducation devrait étudier la possibilité de concevoir un programme régional pour la prestation de ce genre de services de concert avec les autres provinces, avec l'aide de la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA) ou sur la base d'un modèle de prestation de services semblable au sien.

La Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique (CESPA) est un organisme de coopération interprovinciale fondée en 1975 par une entente conjointe entre les ministres de l'Éducation du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard. L'entente prévoyait la création de la CESPA et l'autorisait à offrir des services, des programmes et des occasions sur le plan éducatif pour des personnes qui souffrent de déficiences sensorielles à faible incidence, et ce, depuis la naissance jusqu'à l'âge de 21 ans. Sont compris les enfants et les jeunes qui sont malentendants, malentendants et aveugles, aveugles ou qui ont une déficience visuelle et qui sont résidents du Canada atlantique. L'entente de la CESPA est unique en son genre au Canada et, à ce titre, elle peut servir de modèle pour la prestation de services à l'échelle régionale.

38. Inclusion mesurée dans le meilleur intérêt de l'enfant

Au cours de cette enquête, il y a eu d'importantes discussions au sujet de la création de classes d'éducation alternative dans certains districts. Bien que les parents les réclament, l'intérêt est sans l'ombre d'un doute associé au niveau d'attention et aux programmes personnalisés que leurs enfants reçoivent dans ce milieu. Je crois qu'il est possible de créer de telles occasions pour les élèves ayant des besoins spéciaux tout en respectant l'objectif d'inclusion du système éducatif. Un danger contre lequel il faut lutter est en fait une ségrégation institutionnalisée des élèves ayant des besoins spéciaux par rapport à leurs camarades, ce qui pourrait réduire les occasions pour l'apprentissage entre pairs, ou pire encore, mener à la stigmatisation d'un groupe de pairs par rapport à l'autre. Il s'agit de dangers très réels et toujours présents lorsqu'on s'occupe de jeunes enfants.

Il est recommandé que le gouvernement investisse dans des services éducatifs plus personnalisés, vraisemblablement hors site mais aussi dans des laboratoires personnalisés au sein des écoles, aux élèves ayant les besoins les plus complexes. Cet investissement, ainsi que la coordination de services au sein des services de santé mentale et du ministère des Services familiaux et communautaires pour un plus grand nombre d'enfants et de jeunes, devrait viser à réduire les revendications et les besoins croissants en matière de classes d'éducation alternative dans les districts scolaires.

39. Milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque

En même temps, je recommande que le ministère de l'Éducation envisage sérieusement de diriger d'autres programmes et milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque.

L'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle connaissent tous un regain d'intérêt dans les cercles éducatifs de nos jours. Le fait de créer une école résidentielle offrant un éventail de programmes de ce genre, pas une simple maison de correction, peut être un moyen utile de garder les jeunes à risque à l'école et de les concentrer sur leur apprentissage, plutôt que de perturber les classes dans des milieux éducatifs plus traditionnels.

40. Formation réciproque entre les enseignants et le personnel scolaire et les services de santé mentale et sociaux

Il est recommandé que le ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse mette au point des programmes de formation où les enseignants et le personnel des services éducatifs peuvent apprendre aux côtés des employés de la santé mentale et des employés des services sociaux en vue :

- d'établir des contacts professionnels au sein d'une région parmi les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes;
- d'informer tous les intervenants en ce qui concerne l'éventail de services disponibles pour aider les enfants et les jeunes ainsi que leur famille;
- d'améliorer le niveau des connaissances et la sensibilisation face aux différentes maladies mentales et à la manière qu'elles se répercutent sur l'apprentissage, la socialisation et le comportement d'un enfant;
- de concevoir des stratégies et des programmes afin de mieux intégrer et coordonner les efforts pour fournir des services à l'enfance et à la jeunesse, en particulier pour les jeunes qui ont des besoins extrêmement complexes et les jeunes à risque.

Chapitre 6 – Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants ayant des besoins complexes : *L'histoire de Samuel*

Tout au long des histoires prises séparément dans ce rapport, sauf une exception regrettable, j'ai été le témoin de récits remarquables de familles luttant pour triompher des défis causés par la maladie mentale de leurs jeunes. Les familles provenaient de divers horizons et de milieux très différents, mais leurs histoires étaient très semblables. Elles étaient épuisées. Elles avaient donné tout ce qu'elles pouvaient, en sacrifiant souvent considérablement leurs carrières, leur santé et leurs autres enfants, mais elles étaient disposées à donner plus. Les recommandations émises dans ce chapitre devraient peut-être avoir été présentées dès le début du rapport, étant donné que les soutiens aux familles sont à la fois l'impératif moral qui renforce bon nombre des autres recommandations et une étape suivante nécessaire sur la voie essentielle vers l'amélioration des services de bien-être à l'enfance dans cette province. J'avais cependant l'impression que les recommandations auraient plus de sens après avoir présenté toutes les histoires recueillies auprès des jeunes et de leurs familles. L'histoire qui est la plus tragique et qui illustre le mieux le rôle important que la famille pourrait jouer, si de meilleurs soutiens étaient offerts, est l'histoire de Samuel.

L'histoire de Samuel
Samuel, un enfant unique, faisait la fierté et la joie de ses parents. De l'avis de tous, il menait une enfance heureuse et un développement normal. Il vivait avec ses parents, dans une petite collectivité côtière du Nouveau-Brunswick, où tout le monde connaît votre nom. C'était particulièrement vrai dans son cas, car son père était bien connu. C'était un bel adolescent, il avait énormément d'amis et il avait de bons résultats à l'école.

Vers l'âge de 16 ans, ses parents commencent à remarquer quelque chose de différent et d'inhabituel dans le comportement de Samuel. Pour la famille, les visites commencent à se succéder chez différents spécialistes. On diagnostique finalement une schizophrénie paranoïde chez Samuel. Son père décrit cette époque comme un moment de soulagement : au moins, ils savent ce qui ne va pas. Au moins, ils ont un nom à mettre sur cet « état ». Toutefois, ce n'est pas la fin de l'histoire. C'est la fin d'une vie tranquille et satisfaisante pour cette famille et le début de 10 années de tourments, pour tenter d'obtenir pour leur fils les soins nécessaires.

Après l'établissement du diagnostic, ainsi que le sentiment de soulagement initial, les parents commencent à se poser des questions sur la signification de ce diagnostic, sur la prochaine démarche à entamer, sur le type de soins à apporter à leur fils. Il est difficile d'obtenir des renseignements sur la maladie de leur fils. Il n'existe aucun processus, du moins il n'y en avait pas dans ce cas, par lequel des spécialistes rencontrent les parents et leur expliquent ce qui les attend. Samuel voit son psychiatre et on lui prescrit des médicaments pour aider à maîtriser ses symptômes. En raison de son âge, il a le droit de rencontrer le psychiatre seul, et les professionnels sont tenus par la confidentialité, même à l'égard des parents du patient. Samuel a aussi le droit de refuser de prendre ses médicaments. Personne ne peut l'obliger, sauf si on est en mesure de prouver qu'il constitue un danger pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre. Il devient difficile pour ses parents de l'aider. Ils sont déçus du fait qu'il semble qu'un grave incident doive se produire pour que Samuel reçoive de l'aide et qu'aucune importance n'est accordée à la prévention. Samuel est déçu également. Un jour, il dit à ses parents : « Afin d'obtenir de l'aide, je vais devoir commettre un vol à main armée ».

Le père de Samuel raconte que la maladie mentale de son fils a changé leur vie. À cause de sa maladie mentale, Samuel ne peut pas, contrairement à ses amis, poursuivre des études postsecondaires. En fait, en raison de sa maladie, il doit abandonner ses études secondaires alors qu'il a besoin de quatre crédits seulement pour obtenir son diplôme, d'étude secondaire. Il reste à la maison pendant que ses parents continuent à travailler. La mère de Samuel a dû changer d'emploi pour être à la maison avec Samuel à une certaine période de la journée. Il est très difficile d'avoir une vie de famille normale. Tout tourne autour de Samuel et du traitement de sa maladie. Des précautions spéciales sont prises pour garder Samuel à l'intérieur de la maison, pour sa sécurité. Ils appellent tous deux fréquemment à la maison, la plupart du temps six fois par jour, pour parler à Samuel et vérifier s'il va bien. Lorsqu'il répond, ils peuvent pousser un soupir de soulagement. Lorsque le téléphone sonne plus de quelques fois, ils se tracassent et pensent : « Pourquoi ne décroche-t-il pas? ». S'il ne répond pas, l'un des deux rentre à la maison pour voir pourquoi il n'a pas répondu à leur appel, craignant le pire. Finalement, le stress pèse lourdement sur les parents et l'état de Samuel empire, parce qu'il ne prend pas ses médicaments. Son père décide finalement d'abandonner sa carrière, car il faut surveiller Samuel jour et nuit. Il prend une retraite anticipée pour rester à la maison et s'occuper de son fils adulte.

Au cours des 10 années où Samuel est atteint de schizophrénie, il est admis à l'hôpital 14 fois, parfois de force, accompagné par la police. Chaque fois, ses parents sont là pour le soutenir.

Un jour, Samuel décide d'aller à la bibliothèque sur le campus universitaire non loin de la maison. Ses parents l'ont toujours encouragé à essayer de trouver de nouveaux champs d'intérêts. Il est parti de bonne heure ce matin-là, avec son sac à dos, et il arrive avant que la bibliothèque ouvre. Il décide d'attendre devant la porte d'entrée jusqu'à ce qu'elle ouvre. Quelqu'un dans un bâtiment adjacent trouve qu'il a l'air « suspect » et appelle la police. Samuel est rapidement encerclé par quelques policiers qui lui mettent des menottes et l'emmène au poste. Lorsque son père va le chercher, il trouve un jeune homme terrifié qui est stupéfait de la tournure des événements, alors qu'il n'a rien fait de mal et n'a eu aucune intention d'en faire. Ses parents n'ont jamais blâmé l'auteur de l'appel pour cet incident. Ils sont seulement très désolés que la maladie mentale effraie tellement les gens.

Une autre fois, la police est appelée lorsque Samuel a appris qu'une amie d'enfance enseigne maintenant à l'école qu'ils fréquentaient lorsqu'ils étaient plus jeunes. Samuel a toujours eu un faible pour elle et il décide de passer la voir pour lui offrir des fleurs. Samuel, étant un jeune adulte souffrant de schizophrénie, n'a pas encore affronté la stigmatisation associée à la maladie mentale. À sa grande surprise, la police est appelée, car certaines personnes à l'école estiment que Samuel représente une menace. Il est inculpé en raison de cet incident et il est finalement admis au Centre hospitalier provincial Restigouche pour une évaluation de 30 jours, étant donné qu'il a été jugé inapte à subir un procès. Le père de Samuel dit qu'il était soulagé à l'époque. Il pensait que maintenant que Samuel était dans le système, il allait recevoir l'aide dont il avait besoin. Le type d'aide spécialisée qu'ils ne pouvaient lui offrir.

Samuel s'adapte bien au Centre hospitalier provincial Restigouche. Il est moins isolé qu'à la maison. Il socialise avec le personnel et part en excursion avec d'autres résidents. À nouveau, Samuel souffre de la stigmatisation associée à la vie dans une institution de santé mentale. Il raconte à ses parents comment ils partaient en excursion, dans un autobus bleu portant l'inscription CENTRE HOSPITALIER RESTIGOUCHE en grosses lettres sur le flanc de l'autobus, comme si, selon Samuel, il fallait bien montrer que le groupe était du centre de santé mentale. Néanmoins, la famille ne se décontenance pas devant ces faits et elle maintient son attention concentrée sur Samuel pour lui offrir la vie la plus saine possible. Trente jours après son admission, le psychiatre de Samuel dit à la commission d'examen qu'il ne juge pas que son patient présente une menace pour lui-même ou pour les autres. Samuel est rendu aux soins de ses parents.

Le psychiatre de Samuel informe ses parents qu'il est admissible à une pension d'invalidité du gouvernement provincial, en vertu du programme d'aide au revenu. Il les informe également qu'ils peuvent présenter une demande de crédit d'impôt à l'Agence du revenu du Canada. Même s'ils sont heureux d'apprendre cette nouvelle, ils se demandent pourquoi on a mis si longtemps à les en informer (il était admissible à ces exonérations en souffrance depuis six ans).

Quelques années après son diagnostic, Samuel n'a aucun ami et très peu de contacts en dehors de sa famille immédiate et étendue. Avec l'argent qu'il reçoit du gouvernement provincial, il peut se payer une pizza le vendredi soir et s'acheter des livres.

Même s'il est schizophrène, Samuel est toutefois comme la plupart des jeunes adultes, il veut son indépendance. Lorsqu'il décide d'essayer de vivre dans une résidence en ville, ses parents l'appuient. Il se rend rapidement compte que ce milieu n'est pas pour lui. De plus, il refuse de prendre ses médicaments lorsqu'il vit là. Il appelle ses parents en pleurant au téléphone, en disant combien cela est difficile pour lui. Il y vit cinq ou six mois. Lorsque ses parents le reprennent (son père souligne qu'autrement il aurait été dans la rue), il n'hésite pas à retourner vivre chez eux.

En février 2006, Samuel reçoit une lettre indiquant qu'il doit 3 000 $ en versements excédentaires au gouvernement. Il est admissible à recevoir moins que ce qu'il a perçu, parce qu'il vit toujours à la maison. En outre, son chèque mensuel serait réduit de 140 $. Pour un jeune homme souffrant de schizophrénie paranoïde, qui prend ses médicaments de façon irrégulière, cette réclamation de versements excédentaires devient un stress important dans sa vie. D'après son père, Samuel est continuellement obsédé par ces événements. Ses parents, qui n'ont jamais hésité à soutenir leur fils, décident de déposer une requête devant la Commission d'appel sur la sécurité du revenu familial.

Dans sa requête pour obtenir une audience, le père écrit :

> À la suite de la réception d'un avis de la part du ministère des Services familiaux et communautaires, je me suis chargé de mener quelques recherches concernant les coûts engagés par les contribuables pour les soins de quelqu'un comme Samuel lorsqu'il résidait dans des FOYERS DE GROUPE. Comme l'atteste le message du courriel ci-joint daté du 13 mars 2006, vous remarquerez que les coûts associés à un niveau 3 sont de 107,48 $ par jour, ce qui se chiffre à 3 269,18 $ par mois, contre 427,50 $ lorsque ce même niveau 3 réside chez ses parents, qui apportent le même niveau de soins que les exploitants des foyers de groupe. Certaines personnes ont également suggéré que les soins des parents, lorsqu'ils sont disponibles, sont meilleurs pour le patient, une conception qui est également appuyée par des données de recherche. Si l'on doit prendre en considération les dépenses personnelles, cela laisse aux parents 317,50 $ pour loger, nourrir et soigner leur être cher, contre 2 951,68 $ si on le confie à de parfaits étrangers. Je ne pense pas avoir besoin d'entrer davantage dans les détails pour laisser entendre que des parents tels que mon épouse et moi, ainsi que d'autres gens comme nous, sommes victimes de discrimination évidente par le simple fait que notre seul lien envers une personne telle que Samuel est d'ordre génétique. Le montant restant chaque mois, ajouté au montant fourni par le gouvernement fédéral par l'intermédiaire de crédits d'impôt, n'approche pas du montant qui est nécessaire pour soigner des personnes comme Samuel.
>
> … Je n'insinue pas… que ma femme et moi … devons recevoir 3 269,18 $ par mois pour prendre soin de notre fils. Après tout, Dieu nous a donné cet enfant et nous avons moralement l'intention de prendre soin de lui comme il est du devoir des parents... Les règlements et politiques actuels ne reconnaissent pas des personnes comme mon épouse et moi-même. Le système, ainsi que les personnes responsables de le rendre équitable, s'en moquent, c'est bien simple. Il est évident qu'à titre de parents responsables, on nous

> refuse, sciemment ou non, un soutien, une reconnaissance et un respect élémentaire décents.

Le jour où ils comparaissent devant la Commission, Samuel est effrayé. En raison de sa schizophrénie paranoïde, le fait de rencontrer des représentants du gouvernement est pour lui source d'agitation et de stress. À l'audience, son père veut que son frère (l'oncle de Samuel) soit présent pour le soutenir. Le président déclare que si l'oncle du requérant est présent, alors le père doit s'en aller. À l'audience, le père de Samuel sent que la commission ne l'écoute pas. Plus tard, il souligne que c'est la façon caractéristique dont les représentants du gouvernement l'ont traité lui et sa famille au fil des ans. Il ne blâme pas les fonctionnaires. Il croit que c'est impossible de légiférer une attitude, un partenariat et la transparence.

En juin 2006, la commission d'appel envoie finalement sa décision à Samuel. La recommandation est la suivante :

> Après avoir soigneusement examiné toutes les preuves présentées à l'audience, la Commission conclut que le ministère des Services familiaux et communautaires a agi en vertu des lignes directrices de la *Loi sur la sécurité du revenu familial*.
>
> Toutefois, l'ensemble de la Commission éprouvait de la compassion pour [Samuel] et ses parents. La Commission est limitée et, à regret, elle ne peut annuler les versements excédentaires ni prendre des mesures à ce sujet.
>
> Toutefois, la Commission recommande vivement que l'examen complet du dossier [de Samuel] soit effectué et que la présentation [de son père] soit déposée devant le ministre aussi rapidement que possible.
>
> [Le père de Samuel] a fait comprendre très clairement qu'il ne s'agit pas seulement de son fils, mais de milliers d'autres jeunes comme Samuel et de parents qui n'ont peut-être pas autant de moyens financiers, de détermination et de foi en Dieu. Dès lors, nous recommandons ensuite que [le père de Samuel] soit autorisé à parler franchement et qu'il représente son fils et beaucoup d'autres jeunes comme son fils, ainsi que leurs parents. Le vœu du [père de Samuel] est de parler à quelqu'un au niveau du ministre ou du sous-ministre.

Le 2 septembre 2006, aucun message n'est encore parvenu de la part du gouvernement. Ce silence obsède Samuel. Il vérifie la boîte aux lettres trois fois par jour. Il veut savoir quand le ministre ou ses représentants appelleraient au sujet de cette affaire. Cet après-midi-là, son père travaille à l'extérieur; Samuel est très agité. Pour tenter de l'aider, son père appelle la ligne d'aide en santé mentale pour des conseils. Finalement, sa mère le calme. Elle a toujours su s'y prendre pour le calmer.

Ses parents avaient prévu sortir le soir. Samuel leur dit qu'il se débrouillerait bien tout seul. Lorsque ses parents rentrent à la maison, celle-ci est plongée dans l'obscurité totale. Ils pensent que Samuel est allé se coucher. Quelques minutes plus tard, son père découvre le corps de Samuel. Samuel avait mis fin à ses jours.

Lorsque mes enquêteurs ont rencontré le père de Samuel, il a fait la déclaration suivante au sujet de Samuel : « Il avait davantage conscience de notre mortalité que de la sienne. Je pense qu'il s'est suicidé parce qu'il avait peur d'être un fardeau pour nous. Il pensait que nous n'avions pas de vie. Mais nous en avions une. Nous avions une vie. Mais elle était consacrée à notre fils. »

Samuel est enterré le 5 septembre. Le 16 septembre, son père reçoit un appel téléphonique de la ministre des Services communautaires et familiaux de l'époque. Le gouvernement libéral est élu le 19 septembre. Trois jours après l'élection, le premier ministre Graham appelle le père de Samuel. D'après ses dires, il lui a promis que lorsqu'il aurait prêté serment, il mettrait un comité en place pour examiner l'approche du gouvernement provincial face à la maladie mentale. Le 25 octobre, il reçoit une lettre de la nouvelle ministre des Services familiaux et communautaires. Elle offre ses condoléances et expose les démarches que son gouvernement propose : un examen des prestations d'aide sociale actuelles et la création d'une stratégie provinciale sur les questions touchant les personnes handicapées.

Les parents de Samuel ont fait de leur mieux pour remettre de l'ordre dans leurs vies après avoir perdu leur unique enfant. Leur rêve serait que des résidences soient mises sur pied où les gens souffrant de maladies mentales pourraient vivre et être vraiment heureux. Ils regrettent le fait que tous les amis de Samuel l'aient abandonné lorsque le diagnostic a été établi. « Ce sont l'isolation et la stigmatisation qui ont tué Samuel. »

* * *

J'ai fait part de cette histoire avec tous ses détails et toute l'émotion vive que le père de Samuel a communiqués à mes enquêteurs, car je crois qu'il s'agit d'un rappel à l'ordre irréfutable. À l'instar du système judiciaire pénal qui a été forcé de ramasser les morceaux des retombées d'un système de santé mentale chaotique, les parents et les membres de la famille des patients des services de santé mentale ont porté un fardeau très isolant et injuste au cours des années qui ont suivi la désinstitutionnalisation. Je crois que le gouvernement a exprimé son engagement à faire les choses différemment et mieux. Je crois que le gouvernement était sérieux lorsque la ministre a proposé d'entreprendre un examen des prestations d'aide sociale ainsi que l'élaboration d'une nouvelle stratégie sur les questions touchant les personnes handicapées. Cependant, il me semble plus clair que jamais, après l'enquête au cours de l'année dernière au sujet de ces différentes plaintes, qu'un remaniement approfondi de nos stratégies pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes est nécessaire. Dans le cadre de ce processus de réforme, les parents et familles de ces enfants et de ces jeunes doivent être les protagonistes du processus et les bénéficiaires de nos réformes.

Les parents des jeunes présentés dans ce rapport ont fait tout ce qu'ils estimaient nécessaire et tout ce qu'ils étaient en mesure de faire pour soutenir leurs enfants et, lorsque cela occasionnait la séparation physique en raison de leur propre expérience d'abus de la part de leurs enfants, ils n'ont pas abandonné, mais plutôt persévéré. Ils ont redoublé d'efforts pour chercher des soutiens meilleurs et plus adéquats. Ils ont changé

leurs vies et leurs objectifs de carrière afin d'améliorer la qualité de vie de leur enfant. Ils ont dû contrebalancer les obligations parentales vis-à-vis de l'enfant ayant des besoins extrêmement complexes avec d'autres obligations parentales, souvent dans des circonstances très éprouvantes. Lorsque tout cela est pris en considération, les arguments rhétoriques et politiques en faveur du respect de la sphère privée et du maintien d'une norme standard selon laquelle les familles, plus précisément les parents, doivent porter leur propre fardeau financier et prendre soin d'elles-mêmes, sonnent très faux. Cela a plutôt le ton et la nature d'une litanie intéressée que les personnes saines d'esprit se répètent pour dissimuler les outrages imposés par la société sur ceux qui souffrent de problèmes de santé mentale, y compris les enfants et les jeunes.

Je recommande que le gouvernement prenne des mesures positives pour soutenir les familles d'enfants et de jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, notamment : la création d'équipes mobiles en cas de crise, de meilleurs services d'orientation aux familles après le diagnostic, un programme de soutien continu aux familles après le retrait d'un enfant de son domicile, une reconnaissance juridique du rôle parental et familial dès le début de l'âge adulte et au-delà, et la fin de la pratique qui pénalise les parents qui s'occupent de leurs enfants handicapés chez eux.

41. Équipes mobiles en cas de crise

Actuellement, les conseils donnés aux parents lorsque le comportement d'un jeune atteint d'une maladie mentale aboutit à une situation de crise est d'appeler la police. Même dans les situations de crise, les enfants sont souvent placés sur des listes d'attente, alors que les parents luttent pour s'occuper d'eux. Nous recommandons que le gouvernement, par l'entremise des services de santé mentale dans les régies régionales de la santé, constitue des équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial. Des professionnels formés en techniques d'intervention pourraient s'occuper des besoins des familles, évaluer la situation et fournir le suivi immédiat et à court terme qui est nécessaire. Nous devons créer des environnements de soutien pour les parents qui veulent s'occuper de leurs enfants à la maison et qui choisissent cette option plutôt que de les pénaliser.

42. Préférence pour les approches axées sur la famille

Ce qui est ressorti de cette enquête m'a fermement convaincu que la place d'un enfant est à la maison, aux soins de sa mère et de son père, ou dans un autre milieu familial, à condition que des soutiens pertinents lui soient offerts. L'examen des sept dossiers dans cette étude de cas laisse entendre que la prestation de meilleurs soutiens plus précoces aux familles à leur domicile aurait pu s'avérer beaucoup plus bénéfique aux enfants concernés que la suite infortunée et perturbatrice de placements provisoires à l'hôpital, en milieu fermé, en foyer de groupe et en famille d'accueil qui se sont succédés dans presque tous les cas. Un examen récent de recherches cliniques dans ce domaine confirme que les interventions dans le milieu familial sont couronnées de succès et qu'elles écartent

vraiment de nombreux jeunes du système correctionnel[22]. Une option résidentielle devrait être envisagée uniquement lorsque les besoins de l'enfant dépassent l'aptitude de la famille et de la collectivité à s'occuper de lui soit de façon passagère, soit à plein temps. Je recommande donc que le gouvernement renforce son engagement à utiliser des approches et des interventions axées sur la famille en adoptant des lignes directrices qui obligeraient les services sociaux et les services de santé mentale à explorer des soutiens raisonnables à la famille plutôt que des options de placement résidentiel.

43. Droit des parents de s'occuper d'un enfant qui a des problèmes graves de santé mentale

J'ai exprimé, dans le chapitre 4, ma consternation relativement au récit de nombreux parents que leur enfant a dû commettre un crime pour avoir accès à des services. Un autre fait troublant est que bien des parents ont mentionné à mes enquêteurs le difficile choix auquel ils ont été confrontés : soit pourvoir aux besoins de leur enfant avec des soutiens inadéquats à la maison, soit abandonner leurs droits parentaux pour placer leur enfant sous la tutelle du ministre. Je ne peux pas imaginer une décision plus difficile pour un parent, et je ne peux pas comprendre pourquoi le gouvernement provincial puisse imposer à quiconque un tel dilemme.

Cette enquête, cependant, met en lumière le fait qu'à maintes reprises, des parents du Nouveau-Brunswick aient appelé les services sociaux pour de l'aide afin de placer leur

---

[22]WOOLFENDEN S. R., K. WILLIAMS et J. PEAT. « Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17 », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 2, art. n° :CD003015. DOI: 10.1002/14651858. CD003015 (2001). Suivant le résumé de l'étude, les auteurs en tirent les conclusions suivantes :

> **Résultats principaux**
> Des neuf cent soixante-dix titres définis au départ par l'intermédiaire de la stratégie de recherche, huit essais répondaient aux critères d'inclusion. Un total de 749 enfants ainsi que leurs familles ont été répartis au hasard pour recevoir une intervention familiale et parentale ou pour faire partie d'un groupe de contrôle. Dans sept des études, les participants étaient de jeunes délinquants avec leurs familles et dans une de ces études seulement, les participants étaient des enfants/adolescents souffrant d'un trouble du comportement qui n'avaient pas encore eu de contact avec le système judiciaire pour les jeunes.
>
> Au cours du suivi, les interventions familiales et parentales ont considérablement réduit le temps passé par les jeunes délinquants dans les institutions (DMP de 51,34 jours, IC de 95 % : 72,52 à 30,16). Il y a également eu une importante diminution du risque d'arrestation des jeunes délinquants (RR = 0,66; IC de 95 % : 0,44 à 0,98) et du taux d'arrestations subséquentes sur une période de un à trois ans (DMN de -0,56; IC de 95 % : -1,100 à -0,03). Pour chacun de ces résultats, il y avait une hétérogénéité convaincante dans les résultats, ce qui suggérait un besoin de prudence lors de l'interprétation. À présent, il n'y a pas suffisamment de preuves selon lesquelles les interventions familiales et parentales réduisent le risque d'être incarcéré. (RR = 0,50; IC de 95 % : 0,20 à 1,21). Aucune différence importante n'a été relevée pour les résultats psychologiques tels que le fonctionnement de la famille et le comportement de l'enfant ou de l'adolescent.
>
> **Conclusions des auteurs**
> Les preuves suggèrent que les interventions familiales et parentales pour les jeunes délinquants et leurs familles ont des effets bénéfiques en réduisant le temps passé dans les institutions. Elles ont un avantage évident pour le participant et pour sa famille et peuvent entraîner une économie de coûts pour la société. Ces interventions peuvent aussi diminuer le taux d'arrestations subséquentes, mais actuellement, ces résultats doivent être interprétés avec circonspection, étant donné l'hétérogénéité des résultats.

enfant dans un environnement sécuritaire et aimant, doté des soutiens dont l'enfant a besoin, pour se faire dire qu'afin de recevoir un traitement approprié et des services de placement, ils doivent confier la garde de leur enfant au ministre. Autrement dit, ils doivent abandonner temporairement ou, dans certains cas, en permanence la garde de leur enfant, et tout droit parental; sans quoi, le placement n'est pas possible.

Bien des parents ont finalement signé une entente confiant la garde de leur enfant au ministre pour que des services de placement soient évalués, convaincus qu'ils agissaient ainsi par amour et dans le meilleur intérêt de leur enfant.

Les parents à qui nous avons parlé et qui se sont trouvés dans cette situation, ont exprimé un regret et continuent, plusieurs années plus tard, à se remettre en question et à se demander s'ils ont fait la bonne chose. Ils sentent qu'ils n'auraient pas dû avoir à céder leur enfant aux autorités simplement pour obtenir des services spécialisés qui répondent à ses besoins inhabituels. Ils ont exercé leur responsabilité de parents plus que jamais en cherchant à obtenir des services nécessaires, mais ils ont dû quand même céder la garde de leur enfant. Ils se sentaient coupables, honteux, tristes et vulnérables; ils avaient peur et étaient en colère.

A cet égard, le système actuel est inadmissible et doit changer. Oui, d'autres provinces canadiennes doivent composer avec les mêmes impasses législatives, mais cela ne veut pas dire que ce soit acceptable. Le gouvernement du Nouveau-Brunswick peut faire preuve de leadership en corrigeant ce dilemme et en reconnaissant que les parents ont le droit de s'occuper de leurs enfants souffrant de graves problèmes de santé mentale avec le soutien de l'État. Les enfants ayant une incapacité mentale, pour leur part, ont droit à des services spécialisés qui répondent à leurs besoins et à une famille. Ils n'ont pas à échanger l'un pour l'autre. Cette situation a été dénoncée par plusieurs groupes de parents partout au Canada, et par bon nombre de représentants gouvernementaux. Si nous devons permettre aux familles de participer entièrement, d'être incluses et de s'investir à titre de fournisseurs de soins et de services de premier choix, si nous voulons sérieusement adopter des approches et des interventions basées sur la famille, cette pratique humiliante et paternaliste doit changer.

Il y aura toujours des situations où il est absolument nécessaire et approprié pour le gouvernement d'intervenir et d'enlever un enfant de la garde de ses parents. Lorsque des parents maltraitent ou négligent leur enfant, les autorités doivent le placer sous la tutelle du ministre. Ces pratiques doivent être maintenues dans tous les cas appropriés. Mais dans les cas où les enfants ou les jeunes concernés sont aux prises avec une maladie mentale qui dépasse les capacités des parents et de la collectivité de fournir les soins et les services essentiels, et où il est évident que les enfants n'ont pas besoin de protection contre les agissements de leurs parents ou un manque de soins, les parents ne devraient pas avoir à céder tous leurs droits parentaux simplement pour avoir accès aux services. Nous devons faire une distinction à cet égard.

Je recommande par conséquent que le gouvernement du Nouveau-Brunswick élabore un système de prestation de services qui fournit des services médicaux, thérapeutiques, de

réadaptation, résidentiel et de santé mentale aux enfants lorsque des préoccupations en matière de protection de l'enfance ne sont pas présentes. Les familles ne devraient pas devenir des cas de protection de l'enfance pour avoir accès aux services dont leurs enfants ont besoin.

44. Aide aux familles après le diagnostic

Comme l'énonce le chapitre 2, de meilleurs services d'orientation sont nécessaires pour les familles après le diagnostic d'une maladie mentale chez leur enfant. À bien des égards, cela fait ressortir le besoin d'intégrer les services. L'intégration des services pourrait produire de meilleurs résultats en ce qui a trait à l'éducation en santé publique et aux autres formes d'aide aux familles après le diagnostic. Toutefois, les collectivités, tout comme les organismes sans but lucratif ainsi que les associations professionnelles, jouent un rôle important dans ce domaine également. Les parents doivent savoir à quoi ils peuvent s'attendre, quelle est la prochaine étape, de quelle façon naviguer le système. Les parents doivent recevoir un soutien continu, quelqu'un pour revenir vérifier avec la famille après l'établissement du diagnostic, ou pour les mettre en contact avec un groupe de soutien. Il est recommandé que le gouvernement crée des partenariats efficaces avec des intervenants de la collectivité tels que l'Association canadienne pour la santé mentale et Chimo, pour consolider le soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes après le diagnostic.

45. Objectif pour la vie et l'espoir

L'une des préoccupations constantes des parents d'enfants ayant des besoins extrêmement complexes, dont le cas de Samuel en témoigne, est de savoir ce qu'il adviendra de leur enfant quand ils ne seront plus là. Dans un contexte de désinstitutionnalisation et de prestation de soins familiaux et communautaires, il est important que le plan de traitement d'un enfant ayant des besoins extrêmement complexes adopte toujours une vision à long terme. Les cas examinés montrent que pour chacun des cas étudiés, aucune des interventions au Nouveau-Brunswick ne semblait voir au-delà de la crise immédiate. C'est le problème suivant qui revenait le plus souvent : comment faciliter au mieux le prochain placement. Nous avons également entendu des inquiétudes au sujet de la capacité des jeunes pris en charge à manipuler leurs comportements chaque fois qu'ils avaient envie d'un changement quant aux services en établissement. En revanche, l'objectif permanent de tous les membres de l'équipe d'intervention que nous avons rencontrés dans le Maine, qui venaient en aide aux résidents du Nouveau-Brunswick vivant là-bas, portait entièrement sur un apprentissage continu et une évolution progressive vers des objectifs en matière de communication, d'aptitudes à la vie quotidienne ou de qualité de vie. Leur vision misait beaucoup plus sur le long terme et les résidents là-bas semblaient disposer de deux avantages dont Nicholas et Jasmine manquaient au Centre hospitalier de Restigouche. Ils avaient de l'espoir et un but. Nous recommandons que le ministre des services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour assurer la continuité des soins grâce à des équipes de traitement amenées à travailler avec des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes et que des plans de

traitement pour ces jeunes soient élaborés, en vue de satisfaire leurs besoins à long terme et tout au long de leur vie.

46. Maintien de la participation active des parents

Nous devons faire tout notre possible pour conserver un contact et une participation active des parents dans la vie de leur enfant. Ce n'est pas une faiblesse de la part des parents s'ils n'ont pas été en mesure de soigner leur enfant à la maison. L'un des objectifs d'une structure régionalisée pour les établissements de soins communautaires est de faciliter l'établissement et le maintien de relations positives et saines entre un enfant ou un jeune dans le besoin et ses parents. Cette recommandation est conforme aux précédentes, qui privilégient l'offre de soutien à la famille et envisagent des options de soins en établissement en tant que dernier recours, et de préférence de façon temporaire. Toutefois, dans la plupart des cas, même lorsque les soins en établissement en dehors du domicile familial sont le placement le plus approprié, les parents peuvent continuer à être des soignants si les soutiens adéquats sont en place. En tout cas, un soutien devra être offert non seulement aux jeunes, mais à leurs familles également, lorsqu'un placement résidentiel sera effectué en dehors de la famille étendue.

47. Soutien financier pour les parents qui choisissent de s'occuper de leurs enfants à la maison

Le cœur de la bataille des parents de Samuel auprès de la Commission d'appel d'aide au revenu était d'obtenir un certain degré d'aide pour l'investissement et les soins qu'ils offraient. Comme de nombreux parents d'enfants handicapés, les parents de Samuel se trouvaient devant le choix très difficile de sacrifier leurs aspirations professionnelles et leur potentiel d'augmentation de salaire afin de s'occuper de leur enfant à la maison. Bien souvent, c'est ce qu'il y a de mieux en matière de soins offerts et c'est ce que le médecin recommande pour l'enfant, mais cela peut entraîner d'importants coûts financiers, affectifs et physiques pour les parents. Le même médecin de famille peut avoir un certain type d'avis pour l'enfant, et un avis distinct pour une mère ou un père. Chose curieuse, nos politiques d'aide au revenu exacerbent cette tension. Elles permettent que des investissements importants soient réalisés pour les jeunes, ou pour les adultes handicapés comme Samuel, qui vivent comme des pupilles de l'État dans des milieux institutionnels, mais il n'existe pratiquement aucun soutien financier pour les parents qui s'occupent de leurs enfants à la maison. Plus particulièrement, les règlements interdisent aux jeunes ou aux adultes handicapés d'embaucher leurs parents, frères ou sœurs à titre de soignants. Par conséquent, il est très difficile de trouver des soignants attentionnés et qualifiés, ce qui entraîne souvent les frères, sœurs et parents dans la pauvreté afin de soigner un enfant handicapé. Dans d'autres régions du Canada, des règlements semblables ont été abolis, car ils allaient à l'encontre des codes des droits de la personne en créant une discrimination sur la base de la situation familiale et du handicap[23]. Les parents au Nouveau-Brunswick ne peuvent présenter des causes similaires devant les tribunaux de la province, étant donné que le *Code des droits de la personne* du Nouveau-Brunswick n'interdit pas la discrimination sur la base de la situation familiale.

---

[23] *Hutchinson c. C.-B. (Ministre de la Santé)* 2004 BCHRT 58

Que cette loi soit changée un jour ou non, cette enquête laisse clairement entendre que de nouvelles approches sont nécessaires pour mettre fin au cycle de pauvreté qui suit trop souvent un diagnostic de maladie mentale et que les parents qui choisissent de soigner leur enfant à la maison doivent recevoir un niveau de soutien proportionné de même mesure que les services qu'ils apportent à la maison, plutôt que de chercher des soins en institution. Il est recommandé que le gouvernement mette fin à sa pratique de refuser les soutiens financiers aux frères, sœurs et parents qui fournissent des soins à domicile aux enfants handicapés qui, autrement, seraient admissibles aux soins institutionnels.

Chapitre 7 – Combler l'écart : Élimination de la discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes

Je conclus par un chapitre final portant sur les lacunes dans les services aux jeunes au Nouveau-Brunswick. Il n'y a pas de profil de jeune précis à communiquer. Si je commençais à illustrer ce point par des exemples des cas que j'ai vus cette année, la liste serait trop longue. Plusieurs cas illustrés dans ce rapport représentent les inquiétudes et les adaptations que connaissent les parents et les jeunes, lorsque l'enfant a reçu des services sociaux et que l'enfant atteint l'âge de 16 ans. Toutefois, les lacunes dans les services touchent bien plus d'enfants et de jeunes que ceux qui ont des besoins extrêmement complexes. Chaque enfant et chaque jeune qui reçoit des services sociaux sont touchés par la limite arbitraire qui définit les enfants comme ayant moins de 16 ans, lorsqu'ils approchent de leur seizième anniversaire, par laquelle les enfants se voient systématiquement refuser l'accueil par les services sociaux et d'autres services.

Il est difficile de déterminer exactement de quelle façon la loi gère ce désavantage pour les enfants ou les jeunes âgés de 16 à 18 ans, encore moins pourquoi la loi est ainsi rédigée. À première vue, la *Loi sur les services à la famille* fournit un éventail complet de services aux familles et plus précisément aux enfants depuis la naissance et avant la naissance d'ailleurs, jusqu'à l'âge de la majorité. L'autorité du ministre pour intervenir en faveur des enfants en vertu de la *Loi* est vraiment très grande. Le terme « enfant » est défini comme suit :

> « enfant » désigne une personne effectivement ou apparemment mineure, sauf mention ou prescription contraire de la présente loi ou des règlements, et s'entend également
>
> *a)* d'un enfant à naître;
> *b)* d'un enfant mort-né;
> *c)* d'un enfant dont les parents ne sont pas mariés l'un à l'autre;
> *d)* d'un enfant pour lequel une personne agit *in loco parentis* si le conjoint de cette personne est un parent de l'enfant;
> *e)* d'une personne majeure, lorsque le mot est utilisé à propos du lien existant entre une personne adoptée et celle qui l'adopte, ou entre une personne et sa mère par le sang ou son père par le sang;
>
> mais, aux fins d'une décision à rendre en application de la Partie VII, ne comprend pas une personne qui a été mariée.

La loi définit ensuite le terme « enfant pris en charge » comme suit :

> « enfant pris en charge » désigne tout enfant d'un groupe d'âge prescrit par règlements, placé sous un régime de protection ou pris en charge par le ministre en vertu
>
> *a)* d'une entente de garde;
>
> *b)* d'une entente de tutelle;
>
> *c)* d'une ordonnance de garde;
>
> *d)* d'une ordonnance de tutelle; ou
>
> *e)* d'une ordonnance de surveillance;
>
> *f)* Abrogé : 1996, c.75, art.1.

Il y a ensuite de nombreuses dispositions en vertu de la *Loi* qui soutiennent les pouvoirs du ministre relativement à la protection de l'enfance, dont la plupart stipulent que la responsabilité d'un ministre au sujet d'un « enfant pris en charge » prend fin lors d'une entente (dans le cas de dispositions relatives à la garde), ou lors du mariage, du décès ou de l'adoption de l'enfant, ou « lorsque l'enfant atteint l'âge de la majorité ».

Toutefois, la mise en garde se trouve dans la formulation du *Règlement général d'application* en vertu de la *Loi*, Règlement du N.-B. 810132. Le règlement qualifie la définition conformément à la *Loi*, de la façon suivante :

> **2**(2) Pour l'application de la Partie III de la *Loi* :
>
> « enfant » désigne une personne effectivement ou apparemment de moins de seize ans et une personne handicapée effectivement ou apparemment de moins de dix-neuf ans.

Par la suite, l'article 13 du Règlement restreint la portée législative de la *Loi* de la façon suivante :

> **ENFANTS PRIS EN CHARGE**
>
> **13**(1) Sous réserve du présent article, le ministre ne doit pas prendre en charge un enfant qui a effectivement ou apparemment seize ans ou plus, à moins que ce ne soit un enfant handicapé.
>
> **13**(2) Le ministre peut, relativement à un enfant de seize ans ou plus, prolonger une entente de garde conformément au paragraphe 48(3) de la *Loi*.
>
> **13**(2.1) Le Ministre peut, aux fins du paragraphe 49(5) de la *Loi*, continuer à fournir les soins et le soutien à un enfant qui
>
> *a)* est inscrit à un programme d'études, ou
>
> *b)* n'est pas indépendant en raison d'un handicap physique, mental ou émotionnel.
>
> **13**(3) Le Ministre peut, relativement à un enfant de seize ans ou plus, demander à la cour de prolonger
>
> *a)* une ordonnance de surveillance prévue au paragraphe 54(2) de la *Loi*,
>
> *b)* une ordonnance de garde prévue au paragraphe 55(2) de la *Loi*, ou

c) une ordonnance d'intervention protectrice prévue au paragraphe 58(4) de la *Loi*.

vis-à-vis d'un enfant âgé de seize ans ou plus.

13(4) Le Ministre peut, par la conclusion d'une entente avec un représentant du chef de la Couronne d'une autre province ou un représentant de tout autre gouvernement, ou avec toute autre personne ou tout organisme agréé par le ministre, accepter le transfert d'une partie ou de tous les droits et responsabilités de parent à l'égard d'un enfant de seize ans ou plus qui fait l'objet d'une ordonnance mentionnée au paragraphe 62(1) de la Loi.

13(5) Le Ministre peut demander à la cour une ordonnance conformément au paragraphe 51(1)(a) de la Loi lorsqu'un enfant placé sous un régime de protection atteint l'âge de seize ans avant l'audition de la demande.

Par souci d'exhaustivité, je reproduis également ici la définition de « personne handicapée » mentionnée à l'article 1 de la *Loi*, comme suit :

« personne handicapée » désigne une personne qui, du fait d'une insuffisance physique ou mentale y compris une anomalie congénitale ou génétique, souffre d'une absence ou diminution de compétence fonctionnelle qui réduit substantiellement sa faculté d'accomplir les actes ordinaires de la vie quotidienne;

et également les dispositions pertinentes de l'autorité réglementaire comme suit :

143Le lieutenant-gouverneur en conseil peut établir des règlements
...
*c)*déterminant les groupes, établis selon l'âge ou le besoin, de personnes admissibles à la fourniture de services sociaux en application de la présente loi;
*d)*déterminant des groupes d'âge aux fins de la définition « enfant pris en charge »;

La Partie III de la *Loi* est bien sûr la partie de la *Loi* qui traite des services de protection des enfants et des adultes. L'effet des dispositions en vertu des règlements, selon la pratique ministérielle, est de refuser les services de protection de l'enfance aux enfants qui ont plus de 16 ans. En règle générale, à cet âge-là, les dossiers de protection de l'enfance sont fermés. Toutefois, on a fait des exceptions dans les cas de risques ou de besoins exceptionnels. En général, les enfants pris en charge qui atteignent l'âge de 16 ans ont le choix de maintenir leur prise en charge par le ministre. La *Loi* prévoit également qu'un comité d'examen médical puisse déterminer quelle personne est handicapée au sens de la *Loi*. Étant donné que le test prescrit par la *Loi* est un test de compétence fonctionnelle, il est tout à fait possible qu'un jeune, qui est déterminé comme n'étant pas tenu criminellement responsable et donc inapte à subir un procès à cause d'une incapacité mentale, pourrait néanmoins ne pas être une « personne handicapée » pour les besoins des services de protection de l'enfance. Finalement, il existe un règlement distinct qui régit la prestation de services de soins en établissement dans les installations de

placement communautaire de type résidentiel, mais les pensionnaires de ces établissements, d'après les définitions des règlements, doivent être des adultes[24].

Conformément à un principe de droit général, l'organe exécutif ne peut pas adopter des règlements qui ont pour effet d'abroger les dispositions législatives qui régissent leur application. Par conséquent, il est très inhabituel que l'Assemblée législative définisse un terme dans la loi, puis que le Cabinet adopte un règlement indiquant que le mot comporte une nuance de moins. Il me semble que si l'intention du législateur est de ne fournir des services de protection de l'enfance qu'aux enfants de moins de 16 ans, la loi devrait l'indiquer clairement, plutôt que de donner l'impression de promettre le contraire.

En fait, j'ai plusieurs graves préoccupations : 1) au sujet de la façon dont le ministère des Services familiaux et communautaires a interprété et applique ces dispositions; 2) au sujet de la validité juridique de ces dispositions; 3) au sujet de leur validité constitutionnelle, et 4) si les Néo-Brunswickois devraient accepter ladite loi sans la modifier, et si elle est réellement valide et correctement appliquée.

Au cours de cette enquête, j'ai entendu de toutes parts que la loi était inexcusable et qu'elle devrait être changée. Les raisons pour lesquelles elle n'a pas été changée varient du manque de meilleures démarches ailleurs au manque de volonté politique, aux conséquences financières de la prestation de services égaux aux jeunes de 16 à 19 ans. Il est peut-être donc préférable de cibler les impératifs politiques pour conserver ce cadre de réglementation, plutôt que d'examiner minutieusement la légalité ou la validité du cadre législatif actuel. Je ne veux pas me lancer dans une analyse juridique détaillée des dispositions susmentionnées, mais je trouve cela utile, avant d'examiner les considérations politiques, de dresser au moins la liste des préoccupations suivantes :

- En vertu des dispositions actuelles, je mets en doute la réticence et l'hésitation des services de protection de l'enfance à continuer de participer à des cas comme des jeunes décrits dans ce rapport. Si effectivement on prévoit dans les règlements étendre la portée des services de protection de l'enfance dans le cas des jeunes handicapés, pourquoi autant de parents se sont-ils plaints en exprimant de l'inquiétude et de la crainte au sujet de la fin de la participation du ministre dans la prestation de services et de soins à leur enfant?
- En général, lorsque les droits sont touchés, l'expression de ces droits et les limites générales imposées sur ceux-ci par la loi devraient être exprimées dans une loi, pas dans un règlement ou un instrument de sous-réglementation. Cela soulève une question sérieuse quant à savoir si les règlements en vertu de la *Loi sur les services à la famille* sont correctement adoptés.
- Des droits importants sont énoncés dans cette loi, mais l'effet du règlement va à l'encontre de ces droits vis-à-vis d'un segment de la population privé de ses droits : les jeunes ayant besoin de protection entre 16 et 18 ans. Cela soulève des

[24] Voir à la section 1 la définition de « pensionnaire » en vertu du *Règlement relatif aux installations de placement communautaire de type résidentiel – Loi sur les services à la famille*, Règl. du N.-B. 83-77 : « pensionnaire » désigne un adulte nécessitant des services sociaux qui réside dans une installation de placement communautaire de type résidentiel.

questions au titre du droit administratif et de l'élaboration de lois qui touche à la légale validité du règlement. Le Cabinet peut-il adopter un règlement qui va à l'encontre de l'intention de l'Assemblée législative?

- La question générale qui vient d'être posée peut être reformulée et mise en doute également de la perspective de l'autorité réglementaire précise de la *Loi*. La définition d'« enfant » et les dispositions de la Partie III de la *Loi* envisagent clairement de mettre les services de protection de l'enfance à la disposition des jeunes jusqu'à l'âge de la majorité. Les règlements prévoient clairement une fin à l'âge de 16 ans. Apparemment, le règlement – qui fait autorité pour l'article 13 du Règlement général d'application – se trouve au paragraphe 143 *c)* ou *d)* de la *Loi* et il limite la définition d'« enfant » en vertu de la *Loi* selon la clause additionnelle qu'elle contient : « enfant » désigne une personne mineure, « sauf mention ou prescription contraire de la présente loi ou des règlements ». La question que je me pose est de savoir si la *Loi* donne au gouvernement une latitude suffisante dans ces dispositions pour dire que le terme « enfant » *dans la Loi* a une nuance de moins que ce que la *Loi* dit qu'il désigne.
- Les répercussions qu'entraîne ce règlement sont le refus d'offrir des services à un groupe vulnérable de la société sur un motif de discrimination. Cela soulève nécessairement des questions importantes au sujet de la validité du règlement par rapport à notre *Code des droits de la personne* provincial et à la *Charte canadienne des droits et libertés*, plus précisément au sujet des droits à l'égalité de l'article 15 qu'elle renferme et les garanties de l'article 7 relatives à « la vie, la liberté et la sécurité de la personne ».
- Les cas de discrimination fondée sur l'âge n'ont remporté qu'un succès relatif devant nos cours et tribunaux. Le *Code des droits de la personne* fournit des exceptions en matière de conditions relatives à l'âge qui sont énoncées dans les lois. Les cours de justice qui interprètent la *Charte* ont insisté sur le fait que, en particulier relativement aux critères législatifs en fonction de l'âge, pour être discriminatoire, la disposition législative doit constituer un affront à la dignité humaine. Il existe de nombreuses discussions à propos de la pertinence d'étendre l'analyse de la dignité humaine par les tribunaux à chaque cas de discrimination, mais je trouve utile, en ce qui nous concerne, de nous souvenir de ce que la Cour suprême du Canada a déclaré dans l'affaire *Nancy Law c. Canada*, qui a déterminé a priori qu'un affront envers la dignité humaine était un élément important pour prouver la discrimination :

> La dignité humaine signifie qu'une personne ou un groupe ressent du respect et de l'estime de soi. Elle relève de l'intégrité physique et psychologique et de la prise en main personnelle. La dignité humaine est bafouée par le traitement injuste fondé sur des caractéristiques ou la situation personnelles qui n'ont rien à voir avec les besoins, les capacités ou les mérites de la personne. Elle est rehaussée par des lois qui sont sensibles aux besoins, aux capacités et aux mérites de différentes personnes et qui tiennent compte du contexte sous-jacent à leurs différences. La dignité humaine est bafouée lorsque des personnes et des groupes sont marginalisés, mis de côté et dévalorisés, et elle est rehaussée lorsque les lois reconnaissent le rôle à part entière joué par tous dans la société canadienne. Au sens de la garantie d'égalité, la dignité humaine n'a rien à voir avec le statut ou la

> position d'une personne dans la société *en soi*, mais elle a plutôt trait à la façon dont il est raisonnable qu'une personne se sente face à une loi donnée. La loi traite-t-elle la personne injustement, si on tient compte de l'ensemble des circonstances concernant les personnes touchées et exclues par la loi?

En examinant ensuite les considérations de politique, je demeure préoccupé en tant que défenseur des enfants et de la jeunesse chaque fois que les travailleurs sociaux et les fonctionnaires me font comprendre : « Nous voudrions pouvoir aider cet enfant, mais malheureusement la loi nous empêche de le faire ». Ceci est le dilemme auquel sont confrontés les jeunes de 16 à 18 ans chaque fois qu'ils doivent accéder aux services sociaux. Au-delà des dispositions énoncées ayant trait aux services de protection de l'enfance, les jeunes dans cette tranche d'âge sont désavantagés lorsqu'il s'agit de demander une aide au logement et les services sociaux leur disent parfois qu'ils n'ont pas l'âge légal pour passer un contrat, ils ne peuvent donc pas conclure un contrat de location. De la même façon, s'ils quittent leur domicile et qu'aucun établissement de soins pour bénéficiaires internes ne leur est accessible à cause de leur âge, souvent ils ne peuvent pas obtenir d'adresse permanente, et sans adresse permanente, ils ne peuvent pas demander d'aide au revenu. Leur admissibilité à l'aide au revenu tiendrait compte de leur âge ainsi que de la capacité et de l'obligation de leurs parents de leur prodiguer des soins, ce qui, s'ils ont fui leur domicile à la suite d'un conflit familial, peut ne pas être en leur faveur.

La fin de l'adolescence est une étape difficile de la vie, même dans les meilleures conditions. Nos lois et règlements en matière de sécurité sociale contribuent néanmoins très peu à améliorer le sort des jeunes pris entre l'enfance et l'âge adulte.

Il peut y avoir certaines raisons politiques légitimes à l'origine de cette situation, mais elles ne sont pas apparentes dans la *Loi* ou dans le rapport législatif. Certains peuvent être d'avis qu'étant donné l'autonomie relative dont jouissent souvent les jeunes dans cette tranche d'âge, s'ils veulent faire valoir leur autonomie à partir d'un âge précoce, ils feraient mieux d'être capables de le faire à leur façon. À cet égard, l'insuffisance de fonds intentionnelle du filet de la sécurité sociale offre une plus grande motivation pour les jeunes à demeurer à leur domicile familial ou dans leur famille d'accueil et à l'école. Aucune des personnes que j'ai consultées n'a défendu cette opinion. Même si elle avait du mérite, l'adoption d'une position de principe stricte à ce sujet, sans aucun compromis pour les cas authentiques de risques, d'épreuves et de négligences, est à peine défendable. La politique sociale dans une démocratie libérale avancée telle que la nôtre peut certainement faire mieux pour nos jeunes que de les laisser se débrouiller face aux dures réalités de la vie.

Il est essentiel que le gouvernement prenne en considération les différentes recommandations présentées dans ce rapport conjointement avec la nécessité d'investir davantage de ressources, et ce, de façon importante, afin de rectifier ce déséquilibre historique entre les programmes de sécurité sociale offerts aux enfants et aux adultes vulnérables d'une part, et d'autre part ceux qui sont offerts – ou non, selon le cas – aux jeunes qui se trouvent dans l'écart d'âge entre les deux. Tandis que les demandes des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes peuvent être exigeantes en matière de

ressources, par rapport au nombre relativement peu élevé de personnes qui peuvent en bénéficier, la rectification de l'écart discriminatoire dans les services aux jeunes de 16 à 18 ans s'avérera également coûteuse. Cette enquête m'a convaincu, cependant, que les coûts économiques de laisser ces deux groupes de jeunes en suspens sont beaucoup plus importants.

De plus, si le gouvernement hésite à appliquer ces réformes, il est fort probable que les tribunaux interviendront pour protéger les droits des jeunes vulnérables dans les deux groupes. Bien sûr, il serait de loin préférable de décider en tant que société de rectifier ces injustices et de progresser ensemble vers l'autosuffisance, et de ce fait récolter les bénéfices que la planification et la rationalisation appropriées de nos programmes pourraient apporter. Néanmoins, au bout du compte, en l'absence d'une politique sociale et d'une réforme du droit significatives à court terme, des solutions élaborées par un juge seraient de loin préférables au *statu quo*.

48. Combler l'écart

Il est recommandé que le gouvernement prenne des dispositions immédiates pour réduire les répercussions discriminatoires des règlements actuels qui créent des lacunes dans les services aux jeunes de 16 à 18 ans. Je conseille ensuite que des modifications à la *Loi sur les services à la famille*, et aux règlements y afférents, soient apportées dès que possible afin de mettre un terme au refus des services sociaux aux jeunes qui sont vulnérables.

Conclusion

Une réforme du droit et des programmes est nécessaire immédiatement dans cette province, afin de fournir des règles du jeu équitables aux enfants et aux jeunes du Nouveau-Brunswick. Les jeunes à risque du groupe d'âge de 16 à 18 ans sont désavantagés injustement et expressément par nos lois et nos programmes sociaux. Tous les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes sont trop souvent négligés.

Les problèmes exposés dans chacun des cas examinés dans ce rapport ne sont pas nouveaux. Bien qu'ils soient surprenants et pénibles, ils n'étonnent guère les personnes qui travaillent au sein du système. Les mêmes problèmes ont été soulevés bien des fois dans le passé, par tous les ministères touchés.

J'ai tenté, dans les recommandations énoncées dans ce rapport, de fournir une feuille de route pour le processus de transformation sociale requise. Je suis convaincu que ces réformes, même si elles ne sont nullement suffisantes, constituent une condition nécessaire pour l'autosuffisance à laquelle le gouvernement actuel s'est engagé. Une société autonome veille nécessairement d'abord aux besoins de ses enfants et de ses jeunes. Tous les enfants doivent être représentés, tous leurs besoins doivent être pris en compte et traités, autrement, nous ne pouvons pas atteindre notre but.

Néanmoins, la transformation ne peut avoir lieu qu'en présence d'une forte volonté politique pour garantir que les enfants passent avant tout. De nombreux gouvernements, passés et présents, se sont engagés envers ce principe, mais les droits des enfants nécessitent plus que des vœux pieux. Une démonstration concrète de cette volonté politique fera l'affaire, et je crois qu'un catalyseur et garant nécessaire de la transformation sociale et administrative requise serait la désignation d'un ministre responsable des services à l'enfance et à la jeunesse, sur la base des modèles de l'Ontario et d'ailleurs.

La tâche et la fonction principale de ce ministre serait de surveiller l'intégration de tous les services publics aux enfants et aux jeunes. Je recommande que le gouvernement entreprenne cette tâche de façon structurée et déterminée, et qu'il conçoive des façons de négocier les conflits au sujet des dépenses et d'enrayer la résistance à l'échange d'information.

Les domaines de réformes que je recommande à l'attention urgente du gouvernement visent à traiter l'insuffisance critique d'options résidentielles pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins complexes et, à titre de corollaire nécessaire de ces efforts, de cibler la décriminalisation des jeunes souffrant de troubles de santé mentale. Il est logique de dépenser nos dollars sur des mesures de prévention proactives pour soutenir nos jeunes, plutôt que de dépenser davantage dans les services juridiques et dans les services correctionnels. Les méthodes correctionnelles sont réactives plutôt que préventives, elles sont coûteuses et ne sont pas conçues pour traiter les besoins des jeunes à risque et des jeunes souffrant de troubles de santé mentale.

Enfin, ce réinvestissement dans les services en santé mentale et dans les services sociaux pour les jeunes doit être coordonné avec les soutiens institutionnels principaux aux enfants et aux jeunes : les écoles et les familles. Ceci est ma recommandation évidente et essentielle : la place d'un enfant est dans un environnement familial stable et plein d'amour, peu importe la définition de cette famille. Le gouvernement doit donner priorité à cette relation dans toutes ses interventions avec des enfants et des jeunes. Pour sa part, le système scolaire public est l'allié et le soutien principal des parents pour satisfaire les besoins éducatifs, physiques, sociaux et de développement de leur enfant. En cas de crise, des interventions d'urgence des services en santé mentale et des services sociaux sont nécessaires et doivent être préférées aux mesures traditionnelles de sécurité publique. Toutes les mesures pour soutenir la famille doivent être épuisées avant d'envisager d'autres placements, en gardant toujours à l'esprit les meilleurs intérêts de l'enfant. Les options de services résidentiels doivent demeurer une solution de dernier recours. Idéalement, les services de soins en établissement ne seront accessibles que de manière provisoire, en tant que transition en cas de crise et de changements importants au sein de la famille. Le soutien aux résidents ainsi qu'à leurs familles est essentiel dans ces cas.

Certaines des recommandations exposées dans ce rapport peuvent être mises en œuvre sans devoir réaliser nécessairement de nouveaux investissements importants. Dans bien des cas, il peut être suffisant de réorienter nos ressources et notre énergie. Il est probable que plusieurs recommandations, si elles sont mises en œuvre avec succès, consolideront

les familles et les collectivités et elles auront pour résultat d'alléger le fardeau de l'État. Il faut reconnaître que plusieurs recommandations auront d'importantes conséquences financières pour le gouvernement. Toutefois, à certains égards, les demandes d'impartialité et d'égalité sont telles que nous n'avons pas d'autre choix que de réaliser ces investissements.

Étant donné que cette enquête était en grande partie fondée sur des études de cas, elle avait pour but principal de sensibiliser. Il reste beaucoup de travail à accomplir afin de déterminer le nombre de jeunes touchés et de leur tendre la main. Les contacts avec les représentants laissent entendre que les cas décrits ici ne représentent qu'un échantillon parmi de nombreux autres, qu'ils sont représentatifs d'autres cas plus troublants d'enfants qui passent dans les mailles du filet. Ces aveux m'inquiètent profondément. Il reste beaucoup de travail à accomplir pour obtenir le portrait et la situation réels des enfants et des jeunes de cette province; combien d'enfants et de jeunes sont sans-abri, abandonnés ou atteints d'une maladie mentale? Combien d'entre eux sont pris en charge par le ministre, se trouvent dans le système correctionnel ou vivent toujours avec leurs familles? Dans chaque cas, de quelle manière répond-on à leurs besoins éducatifs? Le gouvernement doit exercer un leadership à propos de ces questions, pour fournir de meilleurs rapports et pour obtenir la participation de l'ensemble de la société à ces questions importantes de bien-être à l'enfance.

J'ai bon espoir que malgré les nombreuses priorités que ce gouvernement a fixées, il répondra favorablement à ces recommandations. Il n'y a pas de récompense immédiate dans la boîte de scrutin pour les soins apportés aux personnes privées de leurs droits, mais selon mon expérience en politique, c'est en réalité pour faire une différence à propos de questions comme celles-ci que la plupart des représentants élus recherchent une instance politique. C'est pourquoi j'espère que ces recommandations serviront de catalyseur en vue d'atteindre un consensus politique et social, pour faire avancer fermement le gouvernement provincial, avec le soutien de tous les partis politiques, de la presse et de la société civile, en matière de bien-être à l'enfance.

La défense de bien-être àl'enfance peut être troublante et alarmante, mais elle est rarement pénible. Elle nous stimule et nous motive, tous autant que nous sommes. Saint-Exupéry, l'auteur du Petit Prince, reproduit très bien ce sentiment dans les paragraphes de la conclusion de son roman intitulé : Terre des Hommes. Le héros de ce passage était un pilote des services postaux au début de l'ère de l'aviation civile et il rentrait chez lui en train dans l'Europe de l'après-guerre, après avoir effleuré à nouveau la mort. Son regard se promène dans l'autorail bondé et se pose sur le couple et l'enfant devant lui. Il est frappé par la grâce de l'enfant qui se blottit contre les formes épuisées et hagardes de ses parents. Il se dit qu'il pourrait être Mozart enfant, un fruit doré rare, une belle promesse de la vie, comme les « petits princes » des légendes d'antan : « Quand il naît par mutation dans les jardins une rose nouvelle, voilà tous les jardiniers qui s'émeuvent. On isole la rose, on cultive la rose, on la favorise. Mais il n'est point de jardinier pour les hommes. »

Nous sommes face à un choix. Nous ne voulons laisser aucun enfant, encore moins ceux qui ont les besoins les plus complexes, broyer du noir dans le cercle vicieux du système

incohérent des soins de l'État. Nous pouvons plutôt être le jardinier ou l'éducateur qui conduit un enfant vers la maturité. Cette enquête a permis de confirmer la différence que les parents, mais aussi chaque fonctionnaire, peuvent faire pour faire progresser ou entraver le bien-être d'un enfant. Je crois que nous devons célébrer les personnes dans la vie de Benjamin, les travailleurs sociaux qui sont intervenus en faveur de William, Gabriel et Jacob, pour qu'ils obtiennent le niveau de soins qu'ils reçoivent actuellement.

Chacun d'entre nous a un rôle important à jouer dans la vie des enfants au sein de nos familles et de nos collectivités. Le titre du rapport, Connexions et déconnexion, vient d'un jeu d'enfant qui permet à un enfant de créer une image et de découvrir le monde autour de lui. Il cible la façon dont notre esprit travaille et les défis auxquels nous faisons face lorsque nos facultés cognitives sont mises à l'épreuve. Il s'agit également d'un rappel de la nécessité de collaborer dans l'intérêt des enfants et des jeunes et d'une invitation à établir ou rétablir des liens avec les enfants et les jeunes au sein de nos vies.

Ce rapport d'enquête est donc une occasion pour chacun de nous de réfléchir à notre rôle, et à ce que nous pouvons faire de plus. Toutefois, en collaborant au sein de la société – et les recommandations de ce rapport ne constituent que les premières étapes éventuelles dans cette direction – nous pouvons faire une différence encore plus appréciable en matière de bien-être à l'enfance dans cette province et contribuer à préparer la voie à de véritables changements transformationnels.

ANNEXE I

TABLEAU DES RECOMMANDATIONS

Responsabilité	Recommandations
Orientation et responsabilisation politiques	
Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	1. *Une présence active, accessible aux enfants et aux jeunes :* Il est recommandé que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse poursuive et valorise les visites régulières du personnel aux enfants qui reçoivent des soins et aux enfants sous garde ainsi que dans d'autres milieux institutionnels et résidentiels, pour atteindre un nombre croissant de visites en milieu résidentiel chaque fois que cela sera possible, chaque semaine ou, du moins, tout aussi régulièrement.
Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	2. *Contrôle des services aux enfants :* Il est recommandé que le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse dirige régulièrement des contrôles des services aux enfants et à la jeunesse fournis par le gouvernement du Nouveau-Brunswick par l'intermédiaire d'exploitants publics ou privés. Ces contrôles peuvent inclure des fonctions de vérification sociale, telles que des demandes régulières aux autorités pour obtenir le nombre d'enfants qui reçoivent des soins, qui sont sous garde, dans des complexes hospitaliers ou dans des programmes éducatifs spécialisés, ou encore des comparaisons d'année en année des dépenses réalisées pour de tels services.
Ministère de la Sécurité publique Ministère des Services familiaux et communautaires	3. *Accès privilégié aux dossiers électroniques :* Il est recommandé que les membres désignés du personnel d'enquête du défenseur des enfants et de la jeunesse bénéficient d'un accès direct aux dossiers correctionnels des jeunes ou aux dossiers de protection des enfants, aux fins de contrôles et afin de faciliter la prestation opportune de services de défense au nom des enfants; par souci de clarté, cet accès privilégié devra être prévu par la loi, grâce à des amendements à la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse*, à la *Loi sur les services à la famille* et au besoin à la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents.*

Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse	4.	*Supervision réglementée des enfants dans les foyers de groupe et les maisons de transition :* Il est recommandé que la *Loi sur le Défenseur des enfants et de la jeunesse* soit modifiée, pour garantir que les fonctions de supervision et le mandat du défenseur comprennent expressément des services aux enfants et à la jeunesse dans des foyers de groupe, des maisons de transition pour les jeunes, des familles d'accueil ou d'autres milieux institutionnels, exploités à titre privé, où ils pourraient être placés.
Gouvernement du Nouveau-Brunswick	5.	*Un ministre responsable :* Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick nomme parmi ses ministres influents un ministre chargé des services à l'enfance et à la jeunesse disposant d'un mandat législatif, pour assurer l'intégration des services aux enfants et à la jeunesse dans tous les ministères et organismes gouvernementaux.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	6.	*Le mandat et l'autorité du ministre :* Le mandat du ministre devra inclure : • l'élaboration d'une approche axée sur l'enfant pour la prestation de services publics, afin de répondre aux besoins des enfants et de la jeunesse; • l'élaboration d'ententes au sein des ministères pour compléter cette approche par l'intermédiaire d'un financement conjoint de programmes et de services et de l'échange d'information; • l'autorité pour conclure des accords avec les autres provinces et les niveaux du gouvernement pour perfectionner la prestation de services aux enfants et à la jeunesse; • une responsabilité administrative pour les différents organismes, comités et programmes instaurés pour réaliser l'intégration et la coordination des services aux enfants et à la jeunesse. Il est recommandé que des précautions soient prises pour doter adéquatement en ressources la fonction d'intégration et de coordination des services, tout en respectant le pouvoir d'application des fonds et les investissements exigés par les ministères et organismes des intervenants du gouvernement.

Gouvernement du Nouveau-Brunswick	7.	*Promotion d'une défense de protection de l'enfance comme vertu civique :* Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick encourage de manière active des investissements volontaires, professionnels et communautaires dans la protection de l'enfance, en admettant la responsabilité primordiale du gouvernement provincial dans les affaires de protection de l'enfance, mais en contrebalançant cette considération avec la valeur ajoutée que les organismes sans but lucratif, les associations professionnelles, les municipalités et d'autres peuvent offrir dans la conception de forts partenariats d'entraide pour les enfants et la jeunesse.
Intégration des services		
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	8.	*Un modèle de prestation de services axé sur l'enfant :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse élabore des lignes directrices et des programmes de formation pour la totalité du personnel de première ligne pour faire passer les fournisseurs de services publics d'un système d'exclusion à travers des programmes axés sur des critères vers un système de prestation de services fondé sur l'évaluation des besoins d'un enfant.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	9.	*Adoption d'une loi sur le partage des ressources dans les affaires de protection de l'enfance :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse reçoive le pouvoir d'ordonner la contribution financière ou le paiement des services par un ministère donné en cas d'accès contesté aux services, afin de s'efforcer d'atteindre les objectifs de prestation de services. Le ministre devra également avoir le pouvoir de réclamer certaines dépenses extraordinaires au Trésor public, de façon que le développement des services à l'enfance et à la jeunesse ne se produise pas au détriment d'autres programmes publics au sein d'un ministère donné.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	10.	*Adoption d'une loi sur la coordination interministérielle dans les affaires de protection de l'enfance :* Il est recommandé qu'un comité directeur des sous-ministres de l'Éducation, de la Santé, de la Sécurité publique et des Services familiaux et communautaires soit formé et se réunisse tous les trimestres, pour ensuite rendre

		compte de ses discussions aux Services à l'enfance et à la jeunesse. Ce dernier devra être secondé dans cette tâche par un directeur général qui relèvera directement de lui et qui agira en qualité de secrétaire pour le comité des sous-ministres.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	11.	*Adoption d'une loi sur l'échange d'information dans les affaires de protection de l'enfance :* Il est recommandé qu'un cadre législatif soit mis en place pour assurer entre les ministères la circulation de renseignements concernant un enfant qui reçoit des services gouvernementaux. Bien que la protection de la vie privée de l'enfant soit un droit important, l'obligation de partager des renseignements avec d'autres fournisseurs de services publics qui peuvent en avoir besoin pour en faire bénéficier l'enfant est une préoccupation primordiale.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	12.	*Échange d'information grâce aux moyens technologiques pour la protection de l'enfance :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse constitue un groupe d'étude pour rendre compte du moyen le plus approprié d'échanger l'information entre les ministères, y compris la prise en compte de l'utilisation potentielle du dossier de santé électronique par les intervenants dans la protection de l'enfance et de l'éventuelle mise sur pied d'un système de gestion conjointe des dossiers électroniques pour les enfants et les jeunes dans le besoin. Après cette étude, le ministre doit mettre en œuvre des mesures pour s'assurer que la libre circulation de l'information entre les organismes gouvernementaux cherchant à protéger les intérêts de la protection d'un enfant en particulier devienne la pratique réelle, et non simplement la politique du gouvernement.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	13.	*Un seul point d'entrée pour l'accès à l'information et aux services pour les familles :* Il est recommandé que le gouvernement investisse de nouvelles ressources importantes dans le développement de systèmes d'information ouverts en matière de santé publique pour aider et guider les parents et les familles à travers la gamme de programmes et de services qui peuvent aider leur enfant après le diagnostic d'un état de santé mentale. Les partenaires dans ce processus doivent inclure les régies régionales de la santé, les gestionnaires des

		Services de santé mentale, le défenseur des patients souffrant de maladies mentales, le défenseur des enfants et de la jeunesse et l'Association canadienne pour la santé mentale.
Établissements de soins communautaires		
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	14.	*Un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes :* Il est recommandé que le gouvernement crée un centre provincial d'excellence pour les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. Ce centre d'excellence devra être situé dans une collectivité de la province et mandaté pour recruter et retenir les services d'experts en audiologie, en psychiatrie pour enfants et adolescents, en psychologie du développement et d'autres services de soutien en matière de protection de l'enfance.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	15.	*Un centre provincial d'excellence pour les jeunes à risque :* Il est recommandé que le gouvernement crée un centre provincial d'excellence distinct pour les jeunes à risque. Le centre devra être créé et devra fonctionner avec la collaboration d'organismes communautaires dans une localité donnée au sein de la province, et il sera mandaté pour développer et diriger des approches innovatrices ainsi que la meilleure pratique dans le domaine des services de protection de la jeunesse.
Ministère des Services familiaux et communautaires	16.	*Soutien du rôle des maisons de transition pour les jeunes :* Il est recommandé que le ministère des Services familiaux et communautaires mette en place un programme permettant de garantir un financement de base stable aux maisons de transition pour les jeunes et d'aider les organismes communautaires ailleurs dans la province à l'échelle régionale pour implanter des maisons similaires, afin de répondre aux besoins en matière de logement des jeunes gens qui, autrement, pourraient vivre dans la rue.
Ministère des Services familiaux et communautaires	17.	*Investissement dans le personnel des maisons de transition pour jeunes et dans l'échange d'information :* Il est recommandé que les maisons de transition pour jeunes bénéficient d'une aide pour recruter et embaucher un personnel spécialisé pour répondre aux besoins de leurs patients, que le personnel de ces maisons soit compris dans le cercle des soins aux

		jeunes y étant placés et que la circulation de l'information à partir de dossiers publics qui peuvent aider à prodiguer des soins à ces jeunes soit facilitée au mieux des intérêts de l'enfant.
Ministère des Services familiaux et communautaires	18.	*Un groupe de maisons de transition pour les jeunes ayant des besoins complexes :* Il est recommandé que la collectivité choisie comme étant le centre provincial d'excellence, pour les enfants et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, dispose d'un nombre approprié de résidences qui puissent être mises à la disposition de ces enfants et jeunes à titre de modèles de foyers de soins spéciaux à emploi rotationnel et qu'un groupe particulier soit aménagé pour fournir un logement et un abri pouvant accueillir jusqu'à huit jeunes ayant des besoins extrêmement complexes, de manière transitoire. Les unités doivent être toutes indépendantes les unes des autres et permettre un effectif dans une proportion de deux pour un et elles doivent être dotées en permanence par des soignants qualifiés.
Ministère des Services familiaux et communautaires	19.	*Formation du personnel pour les foyers de groupe et les maisons de transition pour jeunes :* Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick investisse de façon importante dans la formation continue, dans le soutien clinique et dans des salaires plus avantageux pour le personnel des foyers de groupe et des maisons de transition pour jeunes, personnel qui possède des compétences manifestes.
Ministère des Services familiaux et communautaires	20.	*Un cadre clinique comme premier intervenant :* Il est recommandé qu'un cadre clinique solide et un soutien de supervision adéquat soient mis en place pour intervenir de façon rapide et adéquate dans les foyers de groupe, tout particulièrement après les heures d'ouverture.
Ministère des Services familiaux et communautaires	21.	*Amélioration du financement pour la stratégie sur l'autisme et pour les centres communautaires pour les autistes :* Il est recommandé que le gouvernement renouvelle son investissement dans la stratégie d'intervention pour les autistes d'une manière qui cadre avec les besoins définis et que la proportion du financement allouée au soutien des centres communautaires pour l'autisme dans la province soit augmentée. De plus, il est recommandé que le

		gouvernement envisage la réaffectation de son investissement dans des programmes de formation vers des composants plus généraux ou de formation en ligne pour aider les soignants, les travailleurs sur le terrain, les infirmières, les enseignants et les aides-enseignants, plutôt que de simplement former davantage de travailleurs de soutien aux autistes.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	22.	*Continuité des soins et des relations stables :* Il est recommandé que le gouvernement fasse de cet élément sa priorité dans l'ensemble du service public en vue d'offrir un service axé sur l'enfant, une continuité des soins et d'encourager le développement de relations stables autour des jeunes souffrant de troubles de santé mentale, en particulier les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes.
Décriminalisation des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale		
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Santé	23.	*Engagement des régies régionales de la santé pour cautionner le changement :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à la participation de toutes les régies régionales de la santé aux efforts déployés en matière d'intégration des services, puisque ces participants seront les piliers de ce processus.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Santé	24.	*Régionalisation des services psychiatriques et de santé mentale pour les enfants et les adolescents :* Il est recommandé que le ministère de la Santé, le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et les régies régionales de la santé élaborent un plan graduel pour l'implantation de services psychiatriques et de services de santé mentale pour les enfants et les adolescents dans chaque régie régionale pour assurer ainsi un accès rapide aux services par les enfants et les jeunes dans leur région de services de santé.
Ministère de la Santé	25.	*Responsabilisation des régies régionales de la santé au niveau des soins après le congé :* Il est recommandé que l'on augmente la responsabilité des régies régionales de la santé pour les soins après le congé des enfants et des jeunes qui souffrent de troubles de santé mentale dans le

		but de leur assurer l'accès et la continuité des soins garantis qu'ils méritent, étant donné leur vulnérabilité et leur exclusion. Les régies régionales de la santé travaillant en collaboration avec les collectivités et les médecins de famille devront remplacer les travailleurs de la sécurité publique et de protection de l'enfance en leur qualité de premiers intervenants pour les jeunes ayant des besoins complexes.
Ministère de la Santé	26.	*Désignation des établissements comme des sites d'observation approuvés en vertu du Code criminel :* Il est recommandé de prendre certaines précautions lors de la conception et de l'élaboration des ces établissements régionaux afin de répondre aux normes appropriées de sorte que les établissements où se situent les unités puissent être reconnus comme des hôpitaux au sens du *Code criminel du Canada* et qu'ils puissent être désignés par le ministre de la Santé comme des hôpitaux aux fins d'évaluation en vertu du *Code*.
Ministère de la Santé	27.	*Recrutement de professionnels de la santé mentale :* Il est recommandé que le ministère de la Santé et les régies régionales de la santé collaborent afin de s'assurer que nous puissions embaucher des psychiatres, psychologues et autres professionnels de la santé mentale qualifiés et chevronnés pour les enfants et les adolescents et que le personnel engagé soit pertinemment incité à s'engager au travail à long terme dans cette province.
Ministère de la Santé	28.	*De plus amples recherches sur la pharmacothérapie par opposition au counseling et à d'autres thérapies :* Il est recommandé que le centre provincial d'excellence pour les enfants et les jeunes ayant des besoins très complexes noue des partenariats au sein de la province et avec des organismes de recherches nationaux ainsi que des partenaires financiers pour appuyer la recherche qui aidera à faire progresser nos connaissances des avantages et des risques associés à l'utilisation d'une pharmacothérapie avec des psychotropes pour nos enfants et à déterminer sa prédominance dans notre société comparativement au counseling, à la psychothérapie et à d'autres interventions.
Ministère de la Santé	29.	*Mise en œuvre de pratiques efficaces relatives aux médicaments sur ordonnance dans tous les placements des jeunes :* Il est recommandé que le ministère de la

Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse		Santé, les régies régionales de la santé et le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prennent des mesures adéquates, y compris le recours aux mesures législatives si besoin est, pour s'assurer que tous les enfants bénéficiant de soins et tous les enfants sous garde reçoivent le programme de pharmacothérapie prescrit par leurs médecins et il est par ailleurs recommandé qu'une stratégie soit élaborée pour encourager les familles et les jeunes eux-mêmes à suivre leur programme de pharmacothérapie prescrit pour leur état de santé mentale.
Ministère de la Sécurité publique	30.	*Contrainte, pose des menottes et fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de troubles de santé mentale :* Il est recommandé que le Centre pour jeunes du Nouveau-Brunswick cesse immédiatement ses pratiques de contrainte, de pose de menottes et de fouille à nu dans le cas d'enfants et d'adolescents qui souffrent de graves troubles de santé mentale, ainsi que le protocole nécessitant l'enregistrement sur bande vidéo de ce processus, et que le ministère de la Sécurité publique et le ministère de la Justice s'entretiennent avec le ministère de la Santé et le ministre chargé de la coordination des Services à l'enfance et à la jeunesse pour établir de nouveaux protocoles et lignes directrices pour le transport, la détention ou l'isolation sécuritaire des enfants et des jeunes qui souffrent de graves troubles de santé mentale, tout comme des enfants et des jeunes en général, lorsqu'ils sont placés sous la garde du ministère de la Justice ou des Services correctionnels pour les jeunes.
Ministère de la Sécurité publique	31.	*Éducation et promotion pour empêcher les mauvais traitements des jeunes vulnérables sous garde :* Il est recommandé que le ministère de la Sécurité publique conçoive un programme éducatif destiné aux jeunes sous garde et à leurs soignants au sujet des droits qui leur reviennent lorsqu'ils sont sous garde, ainsi que des procédures à suivre lorsqu'ils croient que leurs droits ont été violés. Ce programme devra être réalisé en consultation avec le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et conjointement avec le Bureau du défenseur des enfants et de la jeunesse. Un tel programme est nécessaire pour garantir que les droits de la jeunesse, particulièrement ceux des jeunes qui sont vulnérables, sont protégés contre l'éventualité de

		recevoir des mauvais traitements et que toutes les possibilités de recours leur sont offertes.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Sécurité publique	32.	*Fin du regroupement des populations adultes et de jeunes au CJNB* : Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de la Sécurité publique prévoient des plans à court et à long terme pour mettre un terme au placement des contrevenants adultes dans l'établissement provincial conçu pour les jeunes contrevenants.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de la Justice Ministère de la Santé Ministère de la Sécurité publique	33.	*Mesures de rechange pour les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes :* Il est recommandé que le ministre chargé des Services à l'enfance et à la jeunesse établisse, de concert avec des représentants désignés de la magistrature, du ministère de la Justice, du ministère de la Santé et du ministère de la Sécurité publique, un groupe de travail pour examiner les mesures de rechange actuellement d'usage au sein du système judiciaire et pour élargir l'adoption des meilleures pratiques définies en vue d'écarter du système judiciaire pénal les jeunes à risque et les jeunes ayant des besoins extrêmement complexes. De façon précise, ce groupe devra examiner, par suite des recommandations issues de l'examen du régime d'aide juridique, des moyens d'améliorer la représentation juridique des jeunes dans toutes les instances et développer un projet pilote pour un Tribunal de la santé mentale pour les jeunes, sur la base du projet de Tribunal de la santé mentale à Saint John.
Adaptation du système éducatif aux besoins des enfants ayant des besoins complexes		
Ministère de l'Éducation	34.	*Une approche multidisciplinaire de l'inclusion scolaire :* Il est recommandé que le ministère de l'Éducation réitère ses efforts pour favoriser et façonner des approches multidisciplinaires efficaces de l'inclusion scolaire et qu'il réitère ses efforts pour intervenir immédiatement pour éliminer toute mauvaise conduite violente ou agressive par les élèves.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	35.	*Élargissement du Programme de traitement pour les jeunes :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse élargisse le Programme de traitement pour les jeunes pour couvrir une plus vaste

		gamme de diagnostics et que le programme soit doté d'un représentant désigné pour chaque ministère, les autorités des districts doivent s'assurer que des comités multiministériels sont établis dans chaque district et qu'ils soumettent les dossiers au comité provincial du Programme de traitement pour les jeunes (PTJ). Les régies régionales de la santé, les autorités correctionnelles pour les jeunes et les bureaux régionaux des services à la famille doivent aussi garantir une participation locale.
Ministère de l'Éducation	36.	*Éducation des enfants ayant des besoins complexes qui ne sont plus dans l'enseignement traditionnel :* Il est recommandé que le ministère de l'Éducation conçoive un nouvel objectif consacré aux enfants ayant des besoins complexes qui, pour quelque raison que ce soit, ne se trouvent plus dans le système scolaire traditionnel, afin de veiller à ce que ces élèves continuent à bénéficier de services éducatifs, quelle que soit la situation de leur placement.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse Ministère de l'Éducation	37.	*Une Commission de l'enseignement spécial pour les élèves ayant des besoins complexes :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse et le ministre de l'Éducation envisagent la création d'une Commission de l'enseignement spécial pour coordonner les services aux élèves ayant des besoins extrêmement complexes à l'échelle provinciale et éventuellement à l'échelle régionale, en collaboration avec le modèle de la Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique ou conformément à ce modèle.
Ministère de l'Éducation	38.	*Inclusion mesurée au mieux des intérêts de l'enfant :* Il est recommandé que le gouvernement investisse dans des services éducatifs plus personnalisés, susceptibles d'être hors site, mais aussi dans des laboratoires personnalisés au sein des écoles, pour les élèves ayant les besoins les plus complexes. Cet investissement, jumelé à la coordination des services au sein des services de santé mentale et des Services familiaux et communautaires pour permettre l'accès d'un plus grand nombre d'enfants et de jeunes, devra être destiné à réduire la demande et la nécessité de nouvelles classes d'éducation alternative dans les districts scolaires.

Ministère de l'Éducation	39.	*Milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque :* Il est recommandé que le ministère de l'Éducation envisage sérieusement de diriger d'autres programmes et milieux d'éducation alternative pour les jeunes à risque. L'enseignement en plein air, l'enseignement par les arts et les programmes de formation professionnelle connaissent tous un regain d'intérêt dans les cercles éducatifs de nos jours. Le fait de créer à un autre emplacement une école offrant avec un éventail de programmes de ce genre, pas une simple maison de correction, peut être un moyen utile de garder les jeunes à risque à l'école et de les concentrer sur leur apprentissage, plutôt que de perturber les classes dans des milieux éducatifs plus traditionnels.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	40.	*Formation réciproque entre le personnel scolaire et le personnel des services familiaux et de la santé :* Il est recommandé que le ministre chargé des Services à l'enfance et à la jeunesse mette au point des programmes de formation où les enseignants et le personnel des services éducatifs peuvent apprendre aux côtés des employés de la santé mentale et des employés des services sociaux en vue : • d'établir des contacts professionnels au sein d'une région parmi les fonctionnaires qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes; • d'informer tous les intervenants en ce qui concerne l'éventail de services disponibles pour aider les enfants et les jeunes ainsi que leur famille; • d'améliorer le niveau des connaissances et la sensibilisation face aux différentes maladies mentales et à la manière dont elles affectent l'apprentissage, la socialisation et le comportement d'un enfant; • de concevoir des stratégies et des programmes afin de mieux intégrer et coordonner les efforts pour fournir des services à l'enfance et à la jeunesse, en particulier ceux qui ont des besoins extrêmement complexes et les jeunes à risque.

Soutien aux familles des jeunes à risque et des enfants ayant des besoins complexes		
Ministère de la Santé	41.	*Équipes mobiles en cas de crise :* Il est recommandé que les Services de santé mentale dans les régies régionales de la santé constituent des équipes mobiles en cas de crise pour intervenir lors des urgences au domicile familial. Des professionnels formés en techniques de désescalade pourraient s'occuper des besoins des familles et évaluer la situation et le suivi immédiat et à court terme qui est nécessaire.
Ministère des Services familiaux et communautaires Ministère de la Santé	42.	*Préférence pour les approches axées sur la famille :* Il est recommandé que le gouvernement renforce son engagement à utiliser des approches et des interventions axées sur la famille en adoptant des lignes directrices qui exigent que les services sociaux et les services de santé mentale explorent des soutiens raisonnables à la famille plutôt que des options de placement résidentiel.
Ministère de la Santé	43.	*Aide aux familles après le diagnostic :* Il est recommandé que le gouvernement crée des partenariats efficaces avec des intervenants communautaires, tels que l'Association canadienne pour la santé mentale et Chimo, pour consolider le soutien aux familles des jeunes à risque et des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes après le diagnostic.
Ministère des Services familiaux et communautaires	44.	*Droit des parents de s'occuper d'un enfant qui a des problèmes graves de santé mentale :* Il est recommandé que le gouvernement du Nouveau-Brunswick prenne des mesures visant à protéger le droit des enfants ayant une déficience mentale à l'accès aux services sans avoir à briser les liens familiaux qui les unissent à leurs parents. Plus précisément, il est recommandé que le gouvernement élabore un système de prestation de services qui permette au ministre de fournir des services médicaux, thérapeutiques, de réadaptation, résidentiels et de santé mentale aux enfants et aux jeunes lorsque des préoccupations en matière de protection de l'enfance ne sont pas présents, sans que les parents aient à céder la garde légale, de façon temporaire ou permanente, au ministre.
Ministre des services à	45.	*Un objectif pour la vie et l'espoir :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse

l'enfance et à la jeunesse		prenne des mesures pour assurer la continuité des soins grâce à des équipes de traitement amenées à travailler avec des jeunes ayant des besoins extrêmement complexes et que des plans de traitement pour ces jeunes soient développés en vue de satisfaire leurs besoins à long terme et tout au long de leur vie.
Ministre des services à l'enfance et à la jeunesse	46.	*Maintien de la participation active des parents :* Il est recommandé que le ministre des Services à l'enfance et à la jeunesse prenne des mesures pour veiller à ce que les programmes à l'échelle du gouvernement déploient tous les efforts possibles pour renouer, entretenir et favoriser le contact et la participation active des parents dans la vie de leur enfant. Ce n'est pas une faiblesse de la part des parents s'ils n'ont pas été en mesure de soigner leur enfant chez eux.
Ministère des Services familiaux et communautaires	47.	*Soutien financier pour les parents qui choisissent de soigner leurs enfants à la maison :* Il est recommandé que le gouvernement mette fin à sa pratique de refuser le soutien financier aux frères, sœurs et parents qui fournissent des soins à domicile aux enfants handicapés qui, autrement, seraient admissibles aux soins institutionnels.
Combler l'écart : Élimination de la discrimination fondée sur l'âge dans les services aux jeunes		
Ministère des Services familiaux et communautaires	48.	*Combler l'écart* : Il est recommandé que le gouvernement prenne des dispositions immédiates pour réduire les répercussions discriminatoires des règlements actuels qui créent des lacunes dans les services aux jeunes âgés de 16 à 19 ans. Je recommande par ailleurs que les amendements à la *Loi sur les services à la famille*, et aux règlements y afférents, soient apportés dès que possible afin de mettre un terme au refus des services sociaux aux jeunes qui sont vulnérables.

Annexe II
Connexions et déconnexion :
Liste des personnes interrogées et des contributeurs

Parents

Mère de Benjamin
Père de Samuel
Mère et père de Nicholas
Mère de Jasmine
Père de William
Mère de Jacob

Jeunes

Nicholas
Jacob
William
Gabriel
Benjamin

Installations de traitement

Spurwink

Centre hospitalier Restigouche

Unité psychiatrique pour enfants et adolescents
PEEL Children's Center
Centre de réadaptation Stan Cassidy
Maison Chrysalis

Professionnels

Sandra Barton, travailleuse sociale
France Allain, travailleuse sociale
Patricia Deitch, infirmière psychiatrique
Denis Jalbert, travailleur social

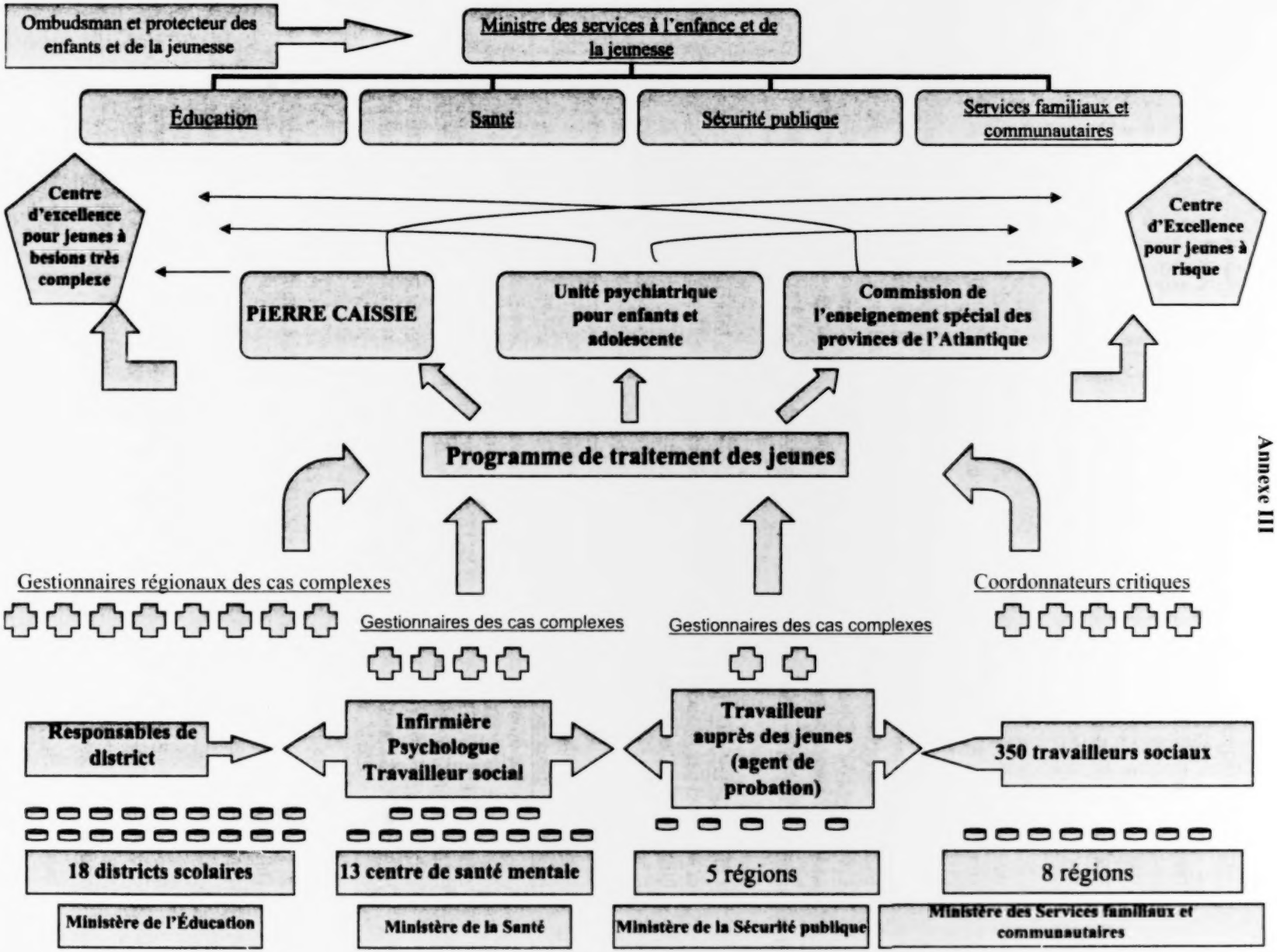
Organismes
Fredericton Emergency Shelter
Community Autism Center Inc.

Représentants du gouvernement

Barbara Whitenect
Yvette Doiron-Brun
Joan Mix
Gina Atkinson
Brian Kelly
Bob Gerard
Len Davies
Mike Boudreau
Gina St-Laurent
Ian Walsh
Faye Morehouse
Bob Eckstein

Recherchistes

Nicole Létourneau (Chaire de recherche du Canada en développement sain de l'enfant à l'Université du Nouveau-Brunswick)
Susan Reid (Centre for Research on Youth at Risk)
Hélène Albert, École de travail social, Université de Moncton


Ombudsman et protecteur des enfants et de la jeunesse
Ministre des services à l'enfance et de la jeunesse
Éducation
Santé
Sécurité publique
Services familiaux et communautaires
Centre d'excellence pour jeunes à besions très complexe
PIERRE CAISSIE
Unité psychiatrique pour enfants et adolescente
Commission de l'enseignement spécial des provinces de l'Atlantique
Centre d'Excellence pour jeunes à risque
Programme de traitement des jeunes
Gestionnaires régionaux des cas complexes
Gestionnaires des cas complexes
Gestionnaires des cas complexes
Coordonnateurs critiques
Responsables de district
Infirmière
Psychologue
Travailleur social
Travailleur auprès des jeunes (agent de probation)
350 travailleurs sociaux
18 districts scolaires
13 centre de santé mentale
5 régions
8 régions
Ministère de l'Éducation
Ministère de la Santé
Ministère de la Sécurité publique
Ministère des Services familiaux et communautaires

Annexe III

Annexe IV

Bibliographie

Becker, D., Hogue, A., et H.A. Liddle. *Methods of Engagement in Family-Based Preventive Intervention* Child and Adolescent Social Work Journal, avril 2002, Vol. 19, N° 2, 163-179.

Bryson, Susan. ***Our Most Vulnerable Citizens: Report of the Adult Task Force***, publié pour l'Autism Society of Ontario, Guelph, Ontario, Canada, novembre 1991, ISBN : 0-88955-287-8.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ. *Améliorer la santé des Canadiens : Santé mentale et itinérance, Rapport sommaire*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, [2006]. http://secure.cihi.ca/cihiweb/fr/downloads/mental_health_summary_aug22_2007_f.pdf

Convention relative aux droits de l'enfant, adoptée et ouverte à la signature, ratification et adhésion par l'Assemblée générale dans sa résolution 44/25 du 20 novembre 1989. http://www.unhchr.ch/french/html/menu3/b/k2crc_fr.htm

Chapel Hill TEACCH Center. *A Family's Reference Guide to Services For Youth and Young Adults with Autism,* University of North Carolina. http://www.teacch.com/info_family.html

AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*, [Ottawa], Agence de santé publique du Canada, 2006, ISBN : 978-0-662-09544-6 (PDF). http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT SOCIAL CANADA. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada : rapport du Gouvernement du Canada 2006*, [Ottawa], Développement des ressources humaines Canada, 2007. http://www.socialunion.ca/well_being/2007/fr/index.shtml

Greene, R.W., Biederman, J., S. Zerwas, M.C. Monuteaux, J.C. Goring et S.V. Faraone. S.V. *Psychiatric Comorbidity, Family Dysfunction, and Social Impairment in Referred Youth With Oppositional Defiant Disorder*. (American Journal of Psychiatry 2002; 159:1214–1224).

Greene, R.W. et al. *A transactional model of oppositional behavior: Underpinnings of the Collaborative Problem Solving approach,* Journal of Psychosomatic Research 55 (juillet 2003) p. 67– 75.

Greene R.W. et J.S. Ablon. *What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD?,* Journal of Clinical Child Psychology, 2001, Vol. 30, N° 1, p. 114–121.

Keys, S. G., Bemak, F., S.L. Carpenter, et M.E. King-Sears. *Collaborative Consultant: A new role for counselors serving at-risk youth,* Journal of Counseling and Development, printemps 1998, Vol. 76, 123-133.

Littell JH, M. Popa, B. Forsythe. « Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17 ». *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2005, Numéro 4, Art. n° CD004797. DOI : 10.1002/14651858.CD004797, pub. 4.

MACKAY, A. Wayne. *Relier le soin et les défis : utiliser notre potentiel humain : l'inclusion scolaire : étude des services en adaptation scolaire au Nouveau-Brunswick,* [Halifax, N. S.], AWM Legal Consulting, 2006.

McCain, M.N., J.F. Mustard, S. Shanker. Early Years Study 2: Putting Science into Action, Council for Early Child Development, Toronto, mars 2007.

Mustard, J.F. *Early Child Development and Experience-based Brain Development - The Scientific Underpinnings of the Importance of Early Child Development in a Globalized World,* Canadian Institute for Advanced Research, février 2006.

Petrosino A, C. Turpin-Petrosino, J. Buehler. "Scared Straight" and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency, *Cochrane Database of Systematic Reviews,* 2002, Numéro 2, Art. n° CD002796.
DOI: 10.1002/14651858.CD002796.

Province of Manitoba. Strengthen The Commitment : An External Review of the Child Welfare System, Coprésidents : Michael Hardy, directeur général, Tikinagan CFS, Billie Schibler, protecteur des enfants, Irene Hamilton, ombudsman du Manitoba, septembre 2006.

NOUVEAU-BRUNSWICK. MINISTÈRE DES SERVICE FAMILIAUX ET COMMUNAUTAIRES. *Normes relatives aux services de familles d'accueil, janvier 2005,* [Fredericton], le Ministère, 2005.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES COMMUNAUTAIRES DU NOUVEAU-BRUNSWICK. *Les enfants priment tout: projet d'étude et de refonte*

globales des services en matière de bien-être à l'enfance, rapport, [Fredericton, N.-B.], Le Ministère, 2000.

Schoen, Alexis A. *What Potential Does the Applied Behavioral Analysis Approach Have for the Treatment of Children and Youth with Autism?*, juin 2003, Journal of Instructional Psychology, Vol. 30, n° 2, p. 125-132.

CANADA. PARLEMENT. SÉNAT. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES DROITS DE LA PERSONNE. *Les enfants : des citoyens sans voix : mise en œuvre efficace des obligations internationales du Canada relatives aux droits des enfants : rapport final*, [Ottawa], Comité sénatorial permanent des droits de la personne, [2007]. http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-f/huma-f/rep-f/rep10apr07-f.htm

CANADA. PARLEMENT. SÉNAT. COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE. *Payer maintenant ou payer plus tard : les familles d'enfants autistes en crise : rapport final sur l'interpellation au sujet du financement pour le traitement de l'autisme*, [Ottawa], Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2007. http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/collection_2007/sen/YC17-391-1-01F.pdf

Stahmer, A.C., N.M. Collings, et L.A. Palinkas. *Early Intervention Practices for Children With Autism: Descriptions From Community Providers*, Focus On Autism And Other Developmental Disabilities, été 2005, Vol. 20, n° 2, p. 66–79.

Stathopulu E, M. Zwi, A. York. Parent-training intervention in school-aged children with autistic spectrum disorders. (Protocol), *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, Numéro 3, Art. n° CD004255, DOI: 10.1002/14651858.CD004255.

Woolfenden S.R., K. Williams, J. Peat. Family and parenting interventions in children and adolescents with conduct disorder and delinquency aged 10-17, 2001, *Cochrane Database of Systematic Review*, Numéro 2, Art. n° CD003015, DOI: 10.1002/14651858.CD003015.

Zanglis, I., M.J. Furlong, et J.M. Casas. *Case study of a community mental health collaborative: Impact on identification of Youths with Emotional or Behavioural Disorders* Behavioral Disorders, août 2000, 25, 4, p. 359- 371.